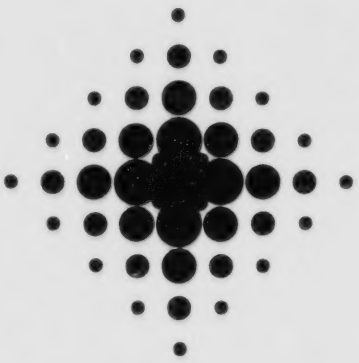
39

Synthèse critique

Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec

Élaine Carey-Bélanger



Québec

39

Synthèse
critique

Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec

Élaine Carey-Bélanger

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08485-7

UNE ÉTUDE COMPARATIVE DES SYSTÈMES DE BIEN-ÊTRE SOCIAL AVEC RÉFÉRENCE PARTICULIÈRE À L'ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX: FINLANDE, SUÈDE, QUÉBEC

RAPPORT PRÉSENTÉ À
LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

ELAINE CAREY-BÉLANGER

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC, CANADA

SEPTEMBRE 1987

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION	1
Problématique	1
Objet de l'étude	1
Cadre de l'analyse	2
Méthode de travail	6
Aperçu général	7
CHAPITRE I: LA PHILOSOPHIE SOCIALE QUI SOUS-TEND LE SYSTÈME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL DANS LES PAYS NORDIQUES	
1.1 Le contexte	8
1.2 Origine de la notion de l'État Providence	11
1.3 La notion de Bien-être et la qualité de vie comme concepts organisateurs du système	12
1.4 Droits sociaux - protection sociale et rôle de l'État	13
1.5 Grands buts et principes généralement acceptés dans les pays nordiques	14
1.6 Comparaison avec le Québec	15
CHAPITRE II: DESCRIPTION ET GRANDES LIGNES DU SYSTÈME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DE SES COMPOSANTES	
2.1 Aperçu général de la politique sociale	19
2.2 Administration des Affaires sociales Nationales, régionales et locales	20
2.3 Responsabilité et coordination	22
2.4 Centralisation et décentralisation	22
2.5 Financement et coûts sociaux	23
2.6 Comparaison avec le Québec	23
CHAPITRE III: SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE - PAYS NORDIQUES	
3.1 Système des Assurances sociales	27
3.1.1 Finlande	29
3.1.2 Suède	31
3.2 Système de sécurité du revenu	34
3.2.1 Finlande: Redistribution statutaire	34
3.2.2 Suède: Redistribution statutaire	35
3.3 Comparaisons entre la Finlande, la Suède et le Québec	36

PAGE

CHAPITRE IV: SERVICES SOCIAUX DANS LES PAYS NORDIQUES

4.1 Définition des notions Service social et Services sociaux ... 39
4.2 Planification sociale et service social 42
4.3 Services sociaux et travail communautaire 46
4.4 Distribution et accessibilité des services sociaux 47

CHAPITRE V: FINLANDE - SERVICES SOCIAUX

5.1 Législation sociale concernant les services sociaux..... 50
5.2 Objectifs généraux et spécifiques 53
5.3 Organisation et administration des services 55

5.3.1 Le rôle et la formation des travailleurs sociaux..... 57
5.3.2 Les services publics et privés 58

5.4 Accessibilité et trajectoire des services - Combinaisons 59
5.5 Réalisations et tendances actuelles 60

CHAPITRE VI: SUÈDE - SERVICES SOCIAUX

6.1 Législation sociale concernant les services sociaux 62
6.2 Objectifs généraux et spécifiques 64
6.3 Organisation et administration des services - Nombre d'effectifs et coûts 65

6.3.1 Le rôle et la formation des travailleurs sociaux..... 68
6.3.2 Services publics - Services privés..... 69
6.4 Accessibilité et trajectoire des services - Combinaisons 69
6.5 Réalisations et tendances actuelles 71

CHAPITRE VII: ANALYSE COMPARATIVE DE L'ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET DES PAYS NORDIQUES

7.1 Provision statutaire et étatique des services sociaux et mesures de sécurité sociale 74
7.2 La nature et l'étendue de la responsabilité gouvernementale et non gouvernementale au plan des services 76
7.3 Population couverte par les services sociaux 77
7.4 Types de programmes dominants 78
7.5 Types de coordination en vigueur 79
7.6 Importance du secteur privé, volontariat et pratiques alternatives 79

PAGE

CONCLUSION 81

RÉFÉRENCES 86

BIBLIOGRAPHIE 93

INTRODUCTION

Problématique

La société québécoise n'est pas la seule à être confrontée aux problèmes inhérents à l'évolution de son système de bien-être social et de ses services sociaux. L'opérationnalisation d'un système de bien-être social, qu'il s'agisse de sécurité de revenu ou de services sociaux découle des objectifs globaux d'une société, de la vision que cette société a d'elle-même, de son niveau de développement économique et politique et de la relation entre l'État et les différentes institutions de la société civile. Nous avons choisi de faire une description et une analyse comparative de l'évolution récente du système de bien-être social dans trois états: deux pays nordiques, la Suède et la Finlande, et le Québec.

La Suède et la Finlande ont beaucoup de similitudes géographiques et climatiques avec le Québec. Comme projets de société du type socio-démocrate, ils partagent les caractéristiques des sociétés capitalistes d'une économie mixte. Ils tentent de répondre aux besoins de leur population par une série de mesures financières et des services sociaux appropriés pour faire face aux défis des sociétés industrialisées. Cet éventail de biens matériels et de services mis en place assure une protection sociale élargie. Il est supporté par le financement public et privé. Il est issu d'une politique sociale globale et des moyens sont mis en place pour réaliser ses buts. La description et l'analyse des réponses aux défis que pose la distribution des biens et des services peuvent aider à distinguer ce qui est généralement accepté par les sociétés en question, tant dans leur finalité que dans leur expression concrète et leurs résultats. La question des services sociaux est la toile de fond des différentes composantes du système de bien-être social.

Objet de l'étude

Cette synthèse étudie et compare l'organisation des systèmes de bien-être de la Finlande et de la Suède à celle du Québec. Une attention particulière sera accordée à l'organisation des services sociaux, à leur définition et à leur impact dans les sociétés en question. L'analyse comparative de la nature et de

l'organisation des services sociaux sera faite d'abord en tenant compte de la philosophie sociale, du tissu social et des différentes composantes de la politique sociale globale du pays. Ensuite, nous allons considérer les dispositions statutaires et étatiques existantes face à ces services, leurs objectifs généraux et spécifiques, leur nature, leur organisation, l'administration et la coordination des moyens mis en place ainsi que la présentation de l'étendue du secteur non gouvernemental.

L'analyse vise à mettre en évidence la place occupée par les services sociaux, leur évolution récente et les tendances dominantes qu'on retrouve dans ces différents pays. Nous allons tenter de dégager le degré de cohérence dans la provision des services et la rationnalité qui sous-tend leur organisation.

Cette démarche d'analyse des diverses approches et initiatives des pays nordiques en la matière veut favoriser l'émergence de solutions novatrices et une nouvelle compréhension des institutions québécoises.

Cadre de l'analyse

Dans la littérature sur le bien-être social, il y a un certain nombre de perspectives générales qui peuvent servir de guide d'analyse des différents systèmes de bien-être social et des composantes de ces systèmes.

Il est généralement admis que les types d'organisation par lesquels les différentes sociétés industrialisées et capitalistes tentent de répondre aux besoins de leur population (1) sont les mesures étatiques, les mesures fiscales, le bien-être "occupationnel" et l'aide mutuelle (groupes d'entraide, coopératives et assistance volontaire ou charitable de sources privées). L'organisation et l'ampleur de chacune de ces instances varient d'un pays à l'autre.

Les concepts de bien-être résiduel et institutionnel, tels que développés par Titmus, Wilensky et Lebeaux, Armitage, Mishra et Guest (2), illustrent ces différences. La perspective résiduelle réfère aux sociétés où l'étendue des services et des bénéfices étatiques est minimale et où le rôle des organisations privées, des groupes d'entraide et du bien-être "occupationnel" non-couvert par

les provisions statutaires y est plus important. Le système étatique doit intervenir seulement si les structures de la famille et du marché libre sont insuffisantes.

Dans cette perspective, la responsabilité de l'État est minimale, les services statutaires limités et la population couverte par les services statutaires est minoritaire. Le niveau des prestations y est bas, ainsi que la proportion du P.N.B. consacré au secteur social. Les bénéficiaires sont les pauvres et l'utilisation du test d'éligibilité ("means test") y est répandue. Dans son expression contemporaine, ce système favorise les mesures sélectives.

Selon George, Wilding et Wilensky et Lebeaux, il s'agit là d'une sorte de compromis entre les valeurs de sécurité et d'humanisme et la prédominance des valeurs d'initiative individuelle, de liberté, de capacité de compétition et de réussite personnelle de l'autre. Les valeurs qui sous-tendent cette perspective, y inclus le développement du système de bien-être "occupationnel", mettent en valeur et supportent la notion de privilège, atténuent la conscience sociale collective et affaiblissent ainsi la notion de communauté (3).

La perspective institutionnelle est tout autre et propose un système de bien-être social comme partie intégrante d'une société moderne industrialisée. Dans cette perspective, la responsabilité de l'État est optimale. Les services statutaires sont nombreux. La majorité de la population est couverte par les services étatiques à titre de citoyen. Le niveau des prestations est plus élevé ainsi que la proportion du P.N.B. dépensé pour le secteur social. Le test d'éligibilité devient secondaire. Ce système veut favoriser les mesures universelles. Les valeurs qui le sous-tendent sont la coopération, la sécurité, l'aide mutuelle et la préoccupation de la communauté et de la population en général, comme indicateurs de réussite sociétale, et le bien commun (4).

Le concept institutionnel de bien-être comprend, selon Mishra, deux sous-dimensions: le système de bien-être différé et le système de bien-être intégré (5).

Dans le <u>système de bien-être différé</u>, on voit le secteur du bien-être social comme distinct de l'économie. Le financement des services sociaux et des mesures de sécurité sociale par l'État est vu comme une orientation "sociale" ayant peu de lien direct avec l'économie. Le <u>système politique</u> est pluraliste. Le

modèle du marché libre prédomine. Il y a poursuite des intérêts sectoriels par les regroupements, les partis politiques et le parlement. Il y a liberté des négociations dans le secteur industriel et un exercice du pouvoir économique sans responsabilité sociale. La forme du gouvernement est parlementaire et la protection des libertés politiques et civiles est assurée.

Dans le système de bien-être intégré, le lien entre l'économie et le social est reconnu, et l'interdépendance et l'interrelation entre les deux secteurs sont institutionnalisées. Les relations fonctionnelles établies entre les deux systèmes influencent le développement de la politique sociale. Le système politique est caractérisé par un pluralisme centralisé. Des négociations ont lieu entre les plus importantes associations, qui représentent les intérêts politiques, économiques et sociaux. L'interdépendance des groupes est reconnue et institutionnalisée sous forme de coopération entre les classes et de consensus social. Des regroupements du pouvoir économique assument une responsabilité sociale. La forme de gouvernement est parlementaire et il y a protection des droits civils et politiques.

Finalement, il y a une troisième perspective qui ne doit pas être ignorée, la perspective "structurale". Cette perspective, caractéristique des pays socialistes, définit le système de bien-être comme une valeur intégrale et centrale dans la société. Le principe de la distribution des biens et des services réside dans la notion "à chacun selon ses besoins" et favorise les modalités égalitaires. La responsabilité de l'État y est totale. Les services statutaires sont complets. Toute la population est bénéficiaire à titre de membre de la collectivité. Les niveaux du P.N.B. et les bénéfices accordés sont très élevés. Les services visent en priorité la solidarité. Le test d'éligibilité y est marginal ou inexistant. Il y a possibilité de redistribution seulement quand la production et la distribution de toutes les ressources sociales sont sous le contrôle de l'État (6).

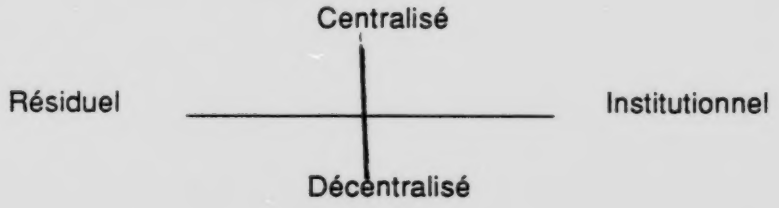
La relation entre ces trois types de systèmes de bien-être peut être conçue comme un continuum: le résiduel à une extrémité (distribution purement par le mécanisme du marché) et le structurel à l'autre (distribution purement selon les besoins). Le modèle institutionnel représente un mélange des deux extrêmes. Étant donné la nature de notre comparaison, nous allons retenir, pour fins

d'analyse, uniquement les variables du modèle résiduel et institutionnel. Elles sont présentées dans le tableau suivant.

Typologie du bien-être et des services sociaux (7)

Caractéristiques principales Sous-dimensions	Résiduelle	Institutionnnelle
Proportion du PNB pour les coûts sociaux	Minimale	Grande
Responsabilité de l'État de rencontrer les besoins	Minimale	Optimale
Éventail des services offerts par législation	Limité	Extensif
Population couverte par la législation du bien-être	Minoritaire	Majoritaire
Types de programmes dominants	Sélectifs	Universels
Niveau des bénéfices et services	Minimal	Élevé
Type de financement dominant	Sources privées: frais (fees)	Sources gouverne-mentales: Taxations
Importance du contrôle social	Élevée	Minimale
Importance du secteur privé - Volontariat - Pratiques alternatives	Grande	Limitée
Importance des Services de prévention	Limitée	Grande

Dans un deuxième temps, il est important de développer un volet plus spécifique sur l'organisation de l'administration des bénéfices et des services. Dans cette perspective, les principes d'organisation du système seront étudiés à partir des axes suivants:



Finalement, notre discussion portera sur le lien entre les trois dimensions et les systèmes de politique sociale, d'administration et de pratique, selon le schéma formulé récemment par Mishra. (7)

Niveau sociétal	Politique	Buts généraux, objectifs, principes
Niveau organisationnel	Administration	Méthodes de réalisation des buts et objectifs
Niveau des individus, groupes, communauté	Pratique directe	Nature de la pratique sociale, distribution des services

(8)

Méthode de travail

Nous procédons à partir d'une revue de la littérature existante et des documents officiels concernant la politique sociale, le système de bien-être social et les services sociaux et nous résumons les études comparatives effectuées sur l'un ou l'autre de ces pays. Mentionnons cependant

a) le peu d'études entreprises sur les services sociaux comme tel et
b) l'importance de considérer les services sociaux dans un contexte plus large de politique sociale.

Cette recherche documentaire a été précédée et est complétée par des visites sur le terrain en Finlande et en Suède, et par des entrevues en profondeur réalisées depuis 1983.

Aperçu général

Dans les pages qui suivent, nous allons d'abord discuter du contexte et de la philosophie qui sous-tendent le système de bien-être social dans les pays nordiques, puis, nous décrivons les grandes lignes du bien-être social et de ses composantes ainsi que le système de sécurité de revenu. Nous aborderons ensuite la question des services sociaux d'une façon générale: leur définition, leur relation avec la planification sociale et le travail communautaire et leur mode de distribution. L'organisation des services sociaux de chaque pays sera développée plus en détail. Tout au cours de la présentation, des éléments de comparaison avec le Québec seront présentés. Le dernier chapitre constituera la synthèse globale de cette comparaison à partir d'une description du Québec.

CHAPITRE I: LA PHILOSOPHIE SOCIALE QUI SOUS-TEND LE SYSTÈME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL DANS LES PAYS NORDIQUES

1.1 Le contexte

Les pays nordiques sont l'objet d'attention de la communauté internationale depuis une cinquantaine d'années, plus particulièrement depuis la deuxième guerre mondiale. On les considère comme des sociétés progressistes qui ont réussi à établir l'équilibre entre un système politique de démocratie sociale et une société capitaliste. Sans tomber dans le mythe qui prétend que ces pays représentent le paradis de l'entente entre, d'un côté, les forces du socialisme et du capitalisme et, de l'autre, les concepts de conscience sociale et de compromis, on peut apprendre de leur expérience. Pour cette étude, nous avons choisi de nous concentrer sur deux de ces pays, la Finlande et la Suède.

La Finlande a une population de 4,787,778 habitants répartis sur un territoire de 337,009 km, et une densité moyenne de population de 14 personnes par km. Cette population vit dans 470 communes, unités du gouvernement local du pays. La finlande est riche en forêts et en eaux navigables. Elle a connu des changements importants au niveau de ses structures régionales et locales depuis la deuxième guerre mondiale. L'industrialisation y fut très rapide et il y eut des migrations importantes vers les villes. Entre 1950 et 1970, la population des villes et des communes a augmenté d'un million de personnes. La croissance de la population totale a été lente mais celle de la population de plus de 65 ans a été continue (1).

La Suède a une population de 8,284,437 habitants pour un territoire de 449,964 km, et une densité de population de 18.4 personnes par km. Quatre-vingt-dix pour cent (90%) de la population vit dans le sud du pays. La Suède est aussi un pays fortement industrialisé. La population se distribue dans 284 municipalités représentant des unités plus grandes que celles de la Finlande. Il y a aussi en Suède une baisse de la population de moins de 15 ans et une augmentation de celle de plus de 65 ans (2).

Comme modèles de développement social, les pays nordiques ont établi une politique interne qui maximise l'utilisation des ressources humaines et matérielles, qui formule des politiques sociales visant à assurer une redistribution des ressources, qui offre un système de services sociaux à la population et qui comporte une organisation sociale assurant des mécanismes de participation à une bonne partie de la population afin qu'elle apporte des réponses à ses problèmes (3).

Sur le plan politique, la démocratie sociale et économique reçoit le support de toute la nation. Ce concept élargi de la démocratie est une caractéristique que partagent les cinq nations nordiques, la Suède, la Norvège, le Danemark, l'Islande et la Finlande, même si ces cinq pays ont acquis leur système démocratique et parlementaire par cinq voies différentes (4). Pour maintenir cette démocratie, les citoyens adultes ont le droit de vote et ils ont le droit d'entrer en compétition lors de multiples événements (élections, démonstrations, arrêts de travail, grèves, etc.) Les pays nordiques ont de fortes traditions de gouvernement parlementaire, de démocratie de masse et de participation des citoyens. À la tête de chaque pays, il y a un roi (Suède, Norvège, Danemark) et un président (Finlande et Islande) élu par la population. Le pouvoir du président de la Finlande sur le cabinet et le parlement est plus considérable que celui du roi de la Suède. Le premier ministre et le cabinet sont choisis parmi les membres du parti au pouvoir et quand on réfère au gouvernement, on inclut le cabinet et les responsables de l'administration centrale (5).

Il y a trois paliers de gouvernement: national, régional et local. En corollaire, il y a trois niveaux d'administration: l'administration centrale, l'administration régionale et l'administration locale. Il y a aussi une forte tradition de gouvernement local. Ces unités du gouvernement local existent depuis le Moyen Âge; cette forme de gouvernement était privilégiée dans le but d'éduquer les individus et de les rendre responsables à l'intérieur de leur communauté.

L'administration centrale est responsable des questions qui concernent l'ensemble de la nation. Il y a des ministères, comme par exemple, le ministère de la Santé et du Bien-Être social, mais une grande partie des décisions, de l'organisation et du contrôle est déléguée aux agences extra-ministérielles;

certaines d'entre elles sont des agences centrales d'administration. Il existe, particulièrement en Suède et en Finlande, des conseils de santé et de bien-être social. Ces conseils ne sont pas intégrés dans les ministères et ils sont indépendants de la fonction publique. Ils sont responsables de la bonne marche du système en place ainsi que du développement et de la planification sociale.

Étant donné les grandes distances entre le nord et le sud, il a été nécessaire de décentraliser le pouvoir de décision. Les administrations régionales ont comme mandat de représenter le gouvernement central. Il y a cependant certaines zones où elles sont capables de prendre les décisions concernant la santé, mais celles-ci sont limitées. Avec le développement de la planification sociale, le gouvernement central adopte des plans globaux qui servent de balises pour les plans des administrations locales. Les autorités régionales servent d'intermédiaires entre les gouvernements locaux et les gouvernements centraux. En général, on tend vers une organisation régionale de plus en plus décentralisée et forte (6).

Le gouvernement local est vu comme l'unité de base de première importance en Scandinavie. Cette réalité s'appuie sur le principe qu'un gouvernement local fort éduque la population et rend les citoyens responsables à l'intérieur de leur communauté. Depuis le milieu du 19e siècle, la loi a établi les gouvernements locaux pour remplacer l'administration de la paroisse. Ils sont responsables d'assurer une qualité de vie de base. Leurs tâches principales concernent le bien-être, la santé et l'éducation. Dans tous les gouvernements locaux, il existe un système de comités mandatés par la loi et qui exigent la participation de la population. Cette forte tradition du gouvernement local permet à un nombre important de citoyens de participer au processus gouvernemental (7).

Les pays nordiques sont dotés d'une économie mixte où se côtoient différentes formes d'entreprises. Les États ont préféré affirmer les intérêts nationaux et sociaux par des interventions d'ordre politique et juridique au plan de l'économie plutôt que par étatisation. L'économie suédoise, dans le commerce et l'industrie, est dominé par la propriété privée. Le secteur des entreprises étatiques est relativement restreint, fait qui surprend les observateurs étrangers. Les entreprises d'État ne contrôlent qu'un faible pourcentage du total

des ventes de toutes les industries: Norvège: 10%, Suède: 7%, Finlande: 15%; par comparaison, en Autriche elles contrôlent 25%, en France: 20% et en Italie: 40% (8).

1.2 Origine de la notion de "l'État Providence"

Dans les pays nordiques, la notion de "l'État Providence" a été influencée par la législation sociale du Bismark, à partir des années 1980: le Verein für Sozialpolitik. Cette politique, on se le rappellera, avait comme objectif la réduction des rivalités entre les classes par l'intervention de l'État médiateur. Cette idée de la responsabilité de l'État vis-à-vis les besoins des différents groupes de la population a continué de se développer depuis ce temps, mais en co-existence avec les notions de l'autonomie individuelle et dans un contexte d'économie libérale (9).

La distribution de l'assistance publique était assumée par les communautés locales selon les "lois des pauvres" comme en Angleterre. Mais malgré la générosité relative de ces lois, avant la période d'industrialisation au début du XXe siècle, il y avait de sérieux problèmes de pauvreté et les ressources étaient limitées.

La notion du "Welfare State" a vraiment pris de l'ampleur après la deuxième guerre mondiale, le système social fut fondé sur une économie mixte, et le secteur social élargi. Il y eut expansion des programmes de sécurité sociale, instauration des pensions et de l'assurance sociale, et amélioration des bénéfices et des services sociaux. L'État est intervenu dans l'économie du marché, pour assumer la responsabilité du bien-être de la population ainsi que celle des institutions et de leurs pratiques.

Plusieurs raisons expliquent l'émergence du "Welfare State": les principes d'équité et de justice sociale, la croyance à l'importance d'une sécurité de revenu et la mise en place de services sociaux appropriés. Les services sociaux sont moins perçus comme un coût social, que comme un mécanisme pour améliorer la productivité, favoriser les solidarités et promouvoir une meilleure intégration sociale. Plusieurs autres raisons sont citées pour expliquer cette réalité, en particulier dans les cas de la Finlande et de la Suède: la forte participation des

citoyens à la vie politique, le consensus social sur cette philosophie, la force du mouvement ouvrier, l'impact de la guerre, les ressources économiques et le processus politique (10). La place de la recherche en politique sociale et l'importance accordée à cette recherche sont mentionnées. Elle a contribué à changer la conception des causes des problèmes sociaux et des effets que des services sociaux adéquats peuvent avoir sur la productivité au travail.

1.3 La notion de Bien-être et la qualité de vie comme concepts organisateurs du système

L'expansion des institutions du système de bien-être social dans les pays nordiques s'est accompagnée d'une préoccupation pour les conditions objectives et subjectives de la qualité de vie.

Des recherches concrètes ont été entreprises sur les problèmes sociaux et sur les conditions de vie qui devaient déterminer la politique sociale. Les recherches de Johanson, Allardt et Roos (11) ont exploré et établi les distinctions entre les concepts de niveau de vie, de bien-être et de bonheur.

Le niveau de vie réfère à l'individu comme consommateur. Le bien-être réfère à la collectivit.é: les individus y sont définis comme des citoyens essayant de faire progresser leur société par des décisions et des actions collectives et institutionnelles. Le bonheur réfère à la sphère privée de la vie sur laquelle ni le marché, ni la politique ne devraient exercer d'influence. Ces trois dimensions ont été l'objet de plusieurs recherches en vue d'établir une politique sociale et d'obtenir des supports sociaux adéquats.

Dans les pays nordiques, le développement de la politique sociale s'est inspiré des définitions de "l'assistance" et de la protection des travailleurs vivant sous le seuil minimum. On a maintenant une définition qui fait référence à un niveau de bien-être ou à une qualité de vie pour tous. Le concept de bien-être a évolué d'un concept unidimensionnel (seuil de pauvreté, revenu) à un concept multidimensionnel. Les études de Drewnowski et al. (12) ont permis d'en arriver à une définition multidimensionnelle du concept de niveau de vie qui inclut les éléments suivants: l'alimentation, le logement, la santé, l' éducation, les loisirs, la

sécurité, les communications, les voyages, les sports, les activités culturelles, l'habillement, l'environnement matériel et la liberté. À partir de ces indicateurs, d'autres études ont été réalisées pour vérifier si le niveau de bien-être s'est amélioré (13).

Ces recherches, ont aussi mis en évidence l'importance d'éléments comme les relations amicales et les réseaux sociaux. On poursuit actuellement, en Finlande, des recherches sur le "mode de vie": elles tentent de mesurer par l'approche qualitative les différentes zones de vie, du point de vue des individus ou de la famille, et aident les gens à prendre conscience des aspects subjectifs du bien-être (14). Ces nouveaux types de recherche visent à définir avec plus de précision les conditions de vie objectives et subjectives qui doivent faire l'objet de la politique sociale. On se dit que chaque membre de la société peut avoir les supports nécessaires pour faire "un voyage agréable et productif à travers la vie" (15): c'est la "pierre angulaire" du système de bien-être et de la législation, d'où découle une organisation orientée dans la même perspective.

1.4 Droits sociaux - Protection sociale et rôle de l'État

Les droits sociaux ne sont pas fondés uniquement sur la responsabilité individuelle mais aussi sur la responsabilité collective d'assurer à chacun le droit à une bonne qualité de vie: santé, sécurité et existence enrichissante. Les individus ont droit à un niveau de vie, de bien-être et de bonheur adéquat. En tant que membres de leur société, ils ont le droit de partager l'exercice du pouvoir dans la société, soit comme électeur(s) ou comme représentant(e)s. Ces droits exigent qu'on leur assure une protection contre les risques de la vie moderne et qu'ils puissent avoir une qualité de vie satisfaisante; ils ont le droit d'être protégés et représentés devant la loi et de se mobiliser pour promouvoir leurs intérêts (16).

L'État exerce un rôle central pour protéger le niveau de vie des individus, distribuer les ressources, réduire les différences entre les riches et les pauvres, libérer et développer les ressources des individus, des groupes et de la communauté ainsi que pour rendre les individus responsables de leur propre bien-être et de celui de leurs concitoyens (17).

1.5 Grands buts et principes généralement acceptés dans les pays nordiques

Eric Allardt a réuni sous un concept tridimensionnel les grands buts et principes généralement acceptés comme base du système de bien-être. Il formule le bien-être en ces termes: l'avoir, l'aimer et l'être (having, loving, being). La dimension "l'avoir" inclut les composantes matérielles du niveau de vie: revenu, logement, alimentation et emploi. La dimension "l'aimer" inclut les relations amicales, les réseaux sociaux et les attitudes envers autrui. Quant à "l'être", il réfère au statut social. Il est généralement accepté que ces grandes dimensions du bien-être sont l'objet de la politique sociale et que les programmes et les services doivent être conçus en conséquence (18).

L'objectif principal du système de bien-être est de promouvoir la sécurité sociale de la population en général, d'améliorer le fonctionnement individuel et de supporter les relations humaines basées sur la responsabilité et la solidarité de la communauté.

Six principes sous-tendent ces buts: le service: service aux clients basé sur les besoins perçus par les clients et adapté à ces besoins avec flexibilité; la normalité: la liberté de recevoir une prestation ou un service sans avoir un sentiment d'infériorité; la liberté de choix du service jugé le plus approprié par le client; la confidentialité: aucune information ne peut être donnée sans la permission du client; la prévention: amélioration des conditions de vie pour éviter le besoin de ressources et de services; la promotion et l'initiative: redonner aux clients la capacité d'agir seul et autonomie (19).

Ainsi, les buts et les principes de la législation sociale sont fondés sur la démocratie et la solidarité. Ils doivent promouvoir la sécurité économique et sociale, l'égalité des conditions de vie et la participation active à la vie de la communauté. Ils doivent aussi tenir compte de la responsabilité de l'individu face à sa situation, l'aider à développer ses ressources et avoir le respect de sa vie privée et de son auto-détermination. Ces buts et principes reflètent le compromis qui existe toujours entre la responsabilité individuelle et celle de l'État (20).

1.6 Comparaison avec le Québec

Le Québec, qui est aussi une contrée nordique, est le seul état et territoire francophone du continent nord-américain; il est en effet un état dans un état. Tout en étant une province dans le système politique canadien, le Québec a sa propre spécificité et un rôle particulier dans l'expression des besoins linguistiques, culturels, sociaux, éducatifs et technologiques de 'a population francophone. La société québécoise a un niveau de vie la situant au 9e rang des peuples du monde; sa population de 6.5 millions d'habitants occupe un territoire de 1.5 millions de kilomètres, faits de grands espaces, de forêts, de montagnes et de lacs; il a une densité de population de 4 habitants au km. Géographiquement, il comprend une partie du grand nord qui est peu peuplée; ses habitants vivent en grande partie dans les régions du sud: 4,993,839 habitants sont urbains et 1,444,564 habitants sont ruraux. Montréal, la métropole a une population de près de 3 millions d'habitants; Québec, la capitale, 575,000 habitants et une série d'autres petites et moyennes villes dans ses 10 régions. Québec est riche en ressources naturelles: l'immense fleuve St-Laurent et sa voie maritime, l'hydro-électricité avec une énergie disponible de 117.9 milliards de kilowatt/heures, une production minière de 2 milliards avec, comme principales productions le fer, l'or, le cuivre, le zinc, l'amiante, le titane, le ciment - pierre, chaux et sable. L'exploitation de ses richesses, qui date du début du 20e siècle, était largement dominée par les capitaux étrangers, américains et anglais, jusqu'en 1960, et ceci avec la tolérance du gouvernement provincial (21).

Le système social du Québec était largement rural jusqu'aux environs de 1900. La majorité de la population vivait dans les paroisses, l'activité économique était centrée sur la ferme, et les valeurs étaient articulées par les professions libérales, le clergé, la médecine et le droit. En 1921, la population du Québec était plus urbaine que rurale et en 1971, 80% de la population vivait dans les villes. À la fin des années '60, l'influence de la religion a diminué. Une élite administrative s'est développée et l'État a pris le contrôle des fonctions d'éducation, de santé et des services sociaux. Sa mission était de créer une société moderne, animée par un esprit français (22). Dès lors, à partir des années '60 mais plus particulièrement depuis 1970, le Québec s'est engagé dans une approche intégrée en matière de politique sociale. Grâce en grande partie aux mouvements et aux organisations sociales et ouvrières, la notion de la

redistribution des bénéfices sociaux et économiques à l'intérieur de la société a été adoptée.

Le conservatisme que l'on retrouvait au Québec depuis la dernière partie du 19e siècle était constamment critiqué. Les valeurs d'autorité, de soumission et de charité ont été remplacées par les notions de liberté, et des droits de l'homme (23). Toute la gestion privée et le rôle supplétif de l'État sont brusquement remis en question. À partir de 1963, l'État québécois est appelé à devenir autant le mandataire que l'organisateur d'un système de bien-être social. Ce principe s'accompagnait de la reconnaissance que, pour pouvoir réaliser ce mandat, le Québec devait demander au Gouvernement du Canada de se retirer des programmes conjoints d'assistance sociale et élargir le champ de taxation provincial; le gouvernement avait la mission d'amorcer une lutte contre la pauvreté. La prédominance des services privés, l'intervention étatique limitée, et la responsabilité individuelle, ou la charité, étaient remplacées par l'idée de justice sociale.

Trois paliers de gouvernement existent au Canada: le fédéral, le provincial et le municipal. L'Acte Britannique de l'Amérique du Nord, en 1867, a donné des pouvoirs fiscaux illimités au gouvernement fédéral, mais la responsabilité de la santé, de l'éducation et des services sociaux au gouvernement provincial. Depuis ce temps, le champ des services sociaux s'est considérablement élargi, mais la province maintient le contrôle principal de la définition et de l'organisation des services. Ceci était particulièrement important au Québec où le système de bien-être social et la manière de résoudre les problèmes sociaux étaient vus comme l'expression d'une culture et d'une société.

D'autre part, depuis la deuxième guerre mondiale, le gouvernement fédéral a développé une série de mesures de sécurité sociale. Les services sociaux et l'assistance sociale sont demeurés sous la responsabilité de la province et sont financés conjointement par le fédéral et le provincial. Cette formule crée des tensions entre le désir de la province d'établir ses propres priorités et la volonté du fédéral de supporter ces efforts. Québec est la seule province à avoir une double taxation et ses propres impôts sur le revenu des particuliers. Ce revenu combiné aux transferts fiscaux du fédéral et au projet de

réforme et de modernisation des services, permet à la province de déterminer elle-même les services sociaux et l'assistance sociale qu'elle désire offrir.

Historiquement, l'instance municipale est demeurée plus faible au Québec, malgré sa tâche initiale de déterminer l'indigence; elle n'a que de faibles pouvoirs au niveau de la taxation. D'un côté, les municipalités concentrent leurs actions de plus en plus sur l'application des décisions prises à un niveau supérieur; donc, l'autorité municipale est soumise à une centralisation accrue. De l'autre côté, les traditions d'assistance confessionnelle et privée atténuent le rôle de l'État. La quote-part des municipalités, prévue pour le financement des services sociaux, a continuellement baissé. Le support du gouvernement du Québec s'accroît jusqu'en 1960, moment où la contribution municipale est supprimée (24).

Le dynamisme de l'État-Providence a pris naissance à Ottawa en 1943 avec le Rapport Marsh, l'instauration de la sécurité sociale et l'implantation des services sociaux contre les risques de la vie.

Le refus du Québec de s'impliquer dans les changements efectués avant les années "60, sans qu'il adopte pour autant une politique globale au niveau provincial, a retardé la réflexion de la population en général sur la responsabilité de l'État d'assurer un niveau de vie, ou de bien-être désirable à ses citoyens. Il n'y avait pas de tradition de recherche sur les conditions objectives et subjectives de la qualité de vie. On parlait surtout de minimum social et on s'efforçait d'établir des barêmes pour les citoyens; les recherches étaient centrées sur la définition et la redéfinition des causes de la pauvreté et de la dépendance. À cause de ses richesses naturelles, le Canada et, pour les fins de notre étude, le Québec, ont longtemps cru que les gens qui voulaient, pouvaient trouver du travail, qu'ils n'avaient pas les mêmes besoins que d'autres pays industrialisés en matière de sécurité sociale et que la "pauvreté méritoire" pouvait être traitée par les agences philanthropiques. Il existait peu de données sur le chômage, les revenus, les conditions de vie, le logement et les autres indicateurs sociaux (25).

Encore aujourd'hui, il n'y a pas de consensus absolu sur ce qu'on devrait considérer comme qualité de vie acceptable, ou sur le rôle que l'État devrait jouer, comme institution sociale, afin de promouvoir la sécurité sociale et les

services appropriés pour favoriser les relations humaines basées sur la solidarité de la communauté; ces éléments sont clairement définis dans la philosophie sociale et dans les objectifs de la politique sociale de la Suède et de la Finlande. Le Québec s'est donné un rôle de protection du niveau de vie minimal et une approche intégrée en politique sociale; cependant il a souvent dû s'ajuster aux programmes fédéraux sans avoir les transferts fiscaux lui donnant une véritable autonomie et un contrôle dans le domaine.

CHAPITRE II: DESCRIPTION ET GRANDES LIGNES DU SYSTÈME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DE SES COMPOSANTES

2.1 Aperçu général de la politique sociale

Dans les pays nordiques, la politique sociale couvre un champ assez vaste. Les buts de cette politique sociale sont de répondre aux problèmes sociaux actuels de la société. Parmi les plus importants, on cite principalement les changements démographiques, le vieillissement manifeste de la population, des taux de natalité les plus bas en Europe, les migrations internes, depuis les années '50, occasionnées par l'industrialisation rapide et soutenue qui s'est manifestée après la deuxième guerre mondiale. Ces migrations ont produit des changements structurels et de nouveaux problèmes aussi bien en milieu urbain que dans les régions dépeuplées (1).

L'organisation de la politique sociale établie pour répondre à ces problèmes comprend plusieurs secteurs qui sont sous la responsabilité du ministère du Bien-Être social et de la Santé. La figure 1 (2) décrit ses principales divisions: la sécurité sociale, les services de santé et le service de protection au travail; on pourra voir aussi les interrelations entre ces trois composantes. Il s'agit là des trois axes essentiels pour assurer une qualité de vie acceptable. Notre étude met le focus sur deux catégories de la sécurité sociale: l'assurance sociale et le bien-être social, et plus précisément sur les services sociaux qui se situent à l'intérieur du secteur bien-être social. Comme le diagramme l'indique, la plus grande partie de la redistribution est assurée par des mesures de sécurité sociale qui font partie du système d'assurance sociale et de pensions. Il existe aussi une série de transferts monétaires, via les allocations versées à certaines catégories de citoyens. On retrouve, entre autres, l'allocation ou le "subside d'assistance" reliée aux services sociaux. Cette aide qui est versée en espèces ou sous forme de soins, est accordé lorsque les besoins des bénéficiaires, individus ou familles, ne peuvent être satisfaits par aucune autre forme d'assurance de la sécurité sociale. Malgré les variations existant entre les deux pays, cette relation tripartite y est continuellement présente.

2.2 Administration des Affaires sociales - Nationales, régionales et locales

Conformément à la description faite ci-haut, la sécurité sociale et les services sociaux qui en font partie, sont sous la responsabilité du ministère des Affaires sociales et de la Santé. La figure 2 (3) donne un aperçu de l'organisation de l'administration du système de bien-être social et des services sociaux aux différents paliers du gouvernement.

National. Au niveau national, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a pour tâche l'élaboration de la législation et des décisions gouvernementales ainsi que de la politique d'attribution des ressources budgétaires. Il a également pour tâche la direction de l'administration, ce qui lui confère le pouvoir d'influer sur les principes de fonctionnement des commissions nationales. En effet, une bonne partie de l'administration et du contrôle central est assumée par trois commissions nationales; la Commission nationale du Bien-Être social, la Commission nationale de santé et la Commission nationale de protection au travail. Ces commissions, en collaboration avec le Ministère, sont responsables du développement des nouveaux programmes et des services, et de la planification générale et statutaire, c'est-à-dire du choix des buts et des objectifs à atteindre ainsi que des ressources humaines et financières nécessaires à leur réalisation. Cette planification statutaire est exigée pour tous les programmes et services du système de bien-être social. Les plans sont rotatifs. Chaque année, un nouveau plan quinquennal est formulé. Ils sont approuvés par le gouvernement national et le parlement et leurs estimés servent de base à la formulation des plans locaux (4).

En Suède, la Commission de santé et bien-être social dépend d'une administration centrale. À l'intérieur de cette commission, on retrouve une division des services sociaux responsable de la planification, de la coordination et de la supervision des services et des programmes concernant les personnes handicapées, l'enfance et la famille, l'alcoolisme, les personnes âgées et l'intervention sociale (social therapy).

Dans les deux pays (5), le gouvernement central n'est pas obligé d'allouer des subventions pour les items qui ne se trouvent pas à l'intérieur du plan

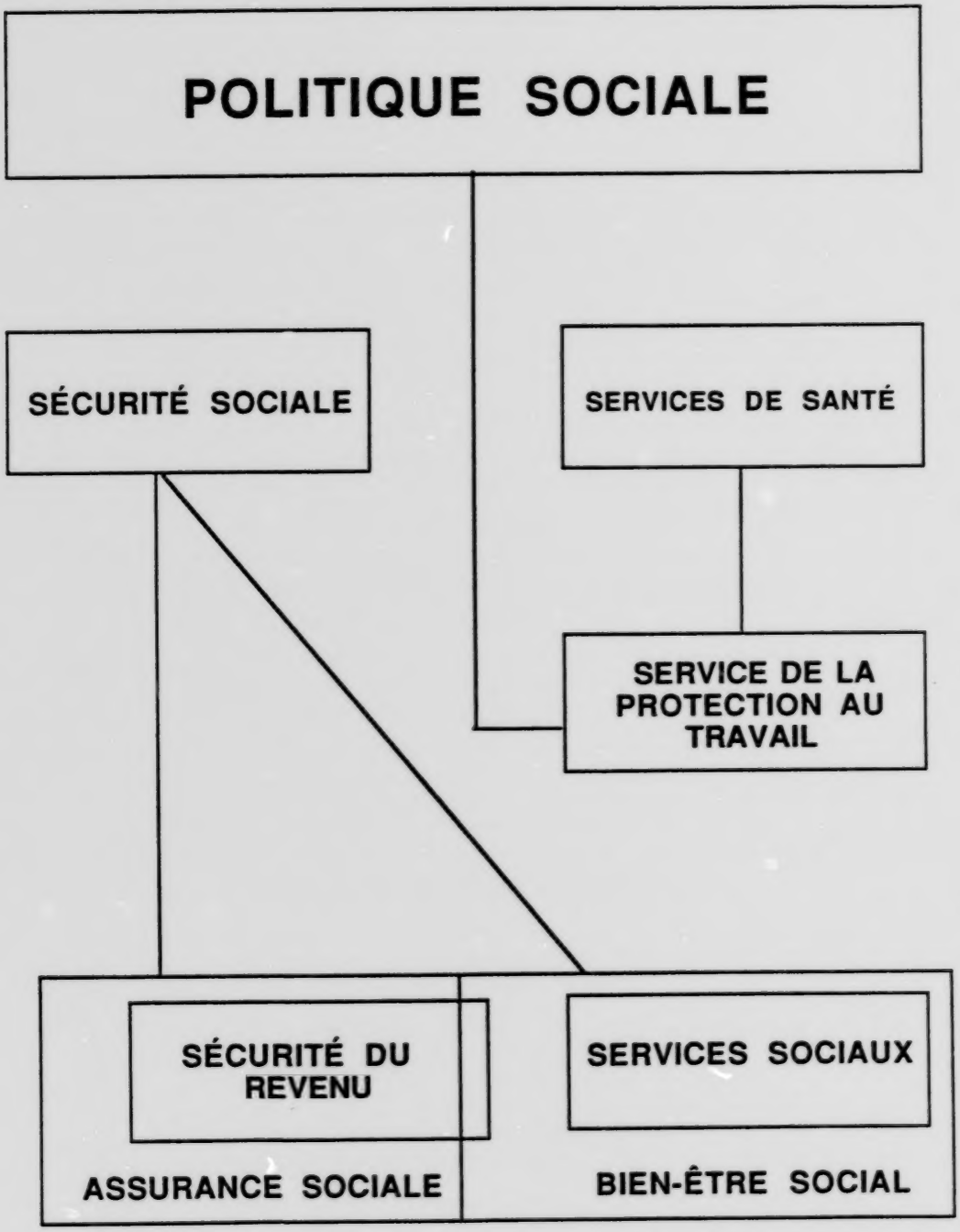

POLITIQUE SOCIALE
SÉCURITÉ SOCIALE
SERVICES DE SANTÉ
SERVICE DE LA PROTECTION AU TRAVAIL
SÉCURITÉ DU REVENU
SERVICES SOCIAUX
ASSURANCE SOCIALE
BIEN-ÊTRE SOCIAL

FIGURE 1

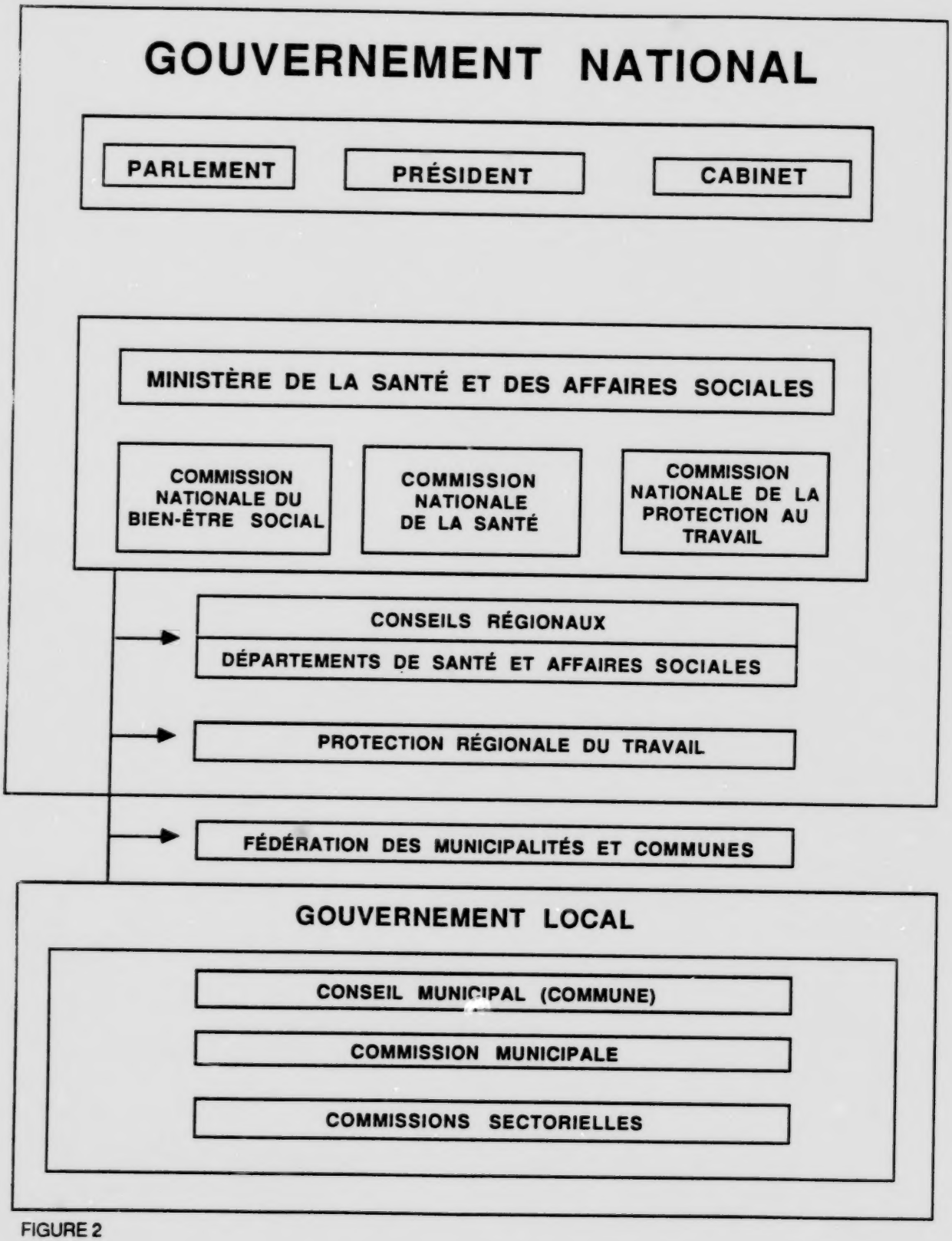

GOUVERNEMENT NATIONAL
PARLEMENT
PRÉSIDENT
CABINET
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES
COMMISSION NATIONALE DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
COMMISSION NATIONALE DE LA SANTÉ
COMMISSION NATIONALE DE LA PROTECTION AU TRAVAIL
CONSEILS RÉGIONAUX
DÉPARTEMENTS DE SANTÉ ET AFFAIRES SOCIALES
PROTECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL
FÉDÉRATION DES MUNICIPALITÉS ET COMMUNES
GOUVERNEMENT LOCAL
CONSEIL MUNICIPAL (COMMUNE)
COMMISSION MUNICIPALE
COMMISSIONS SECTORIELLES

FIGURE 2

approuvé. Ainsi, il y a un critère pour guider et influencer les développements locaux. Il y a aussi une tendance à la décentralisation, les pouvoirs décisionnels du ministère et des instances nationales étant de plus en plus délégués aux instances provinciales.

Provincial. Le rôle des provinces, douze en Finlande et vingt-trois en Suède, était autrefois limité à la supervision. Les provinces qui n'avaient pas le pouvoir de taxation servaient d'intermédiaires entre les gouvernements local et national. Au cours des dernières années, ces instances sont devenues responsables de la coordination et de l'approbation des plans statutaires soumis par les communes ainsi que de la distribution des subsides de l'État central. Ce nouveau rôle leur est dévolu parce qu'elles connaissent les conditions locales et parce qu'elles sont bien placées pour s'assurer que les allocations seront équitablement distribuées, selon les besoins de la population. Les régions sont aussi responsables de certains soins médicaux, des soins de santé (6) et de programmes pour combattre l'alcoolisme.

Local. Dans les pays nordiques, plus particulièrement en Finlande et en Suède, il y a une longue et vigoureuse tradition d'autonomie communale qui inclut le droit des autorités locales de percevoir l'impôt sur le revenu. Chaque commune a un Conseil municipal élu par tous les électeurs de la commune; de nombreuses commissions qui sont politiquement représentatives, grâce à des nominations politiques proportionnelles à la représentation des différents partis dans la commune, en dépendent. L'administration et le financement des services sociaux sont assumés par la commission locale des services sociaux qui est responsable de toutes les activités entreprises, localement, par le secteur du bien-être social et des services sociaux. Ces rôles lui sont confiés parce qu'il incombe aux communes d'organiser les services; le financement relève à la fois de l'État et des communes et l'administration centrale dirige et contrôle (7). En Finlande, l'autorité locale est assurée par 464 communes; en Suède, il y en a 284. Pour la réalisation des objectifs spécifiques, ces communes sont regroupées dans des fédérations. Situées entre les autorités locales et les autorités régionales, ces fédérations assurent la coordination de certains services, tels les services aux personnes handicapées ou les services familiaux. Leur mission est de défendre les intérêts des communes vis-à-vis l'État et de veiller à l'autonomie communale. Ces fédérations de communes sont consultées

par les différents comités d'enquête de l'État national et leurs activités sont financées par les cotisations des membres (8).

2.3 Responsabilité et coordination

La responsabilité première de la provision des services sociaux est assumée par la communauté locale. À l'intérieur de l'infrastructure locale, chaque commune ou municipalité a la responsabilité légale d'organiser les services et de soumettre un plan aux autorités centrales, à l'intérieur des limites définies. Les coûts sont divisés entre les autorités locales et nationales. Le gouvernement central attribue les subsides couvrant un pourcentage des dépenses autorisées. Les plans locaux comprennent certains services statutaires qui doivent être distribués mais il y a aussi une marge de manoeuvre pour développer de nouvelles activités destinées à répondre aux besoins. Ceci dépend en partie des forces vives et de la représentativité locales (9).

On retrouve une autre composante de base dans l'organisation des fédérations des communes. Ces fédérations sont organisées pour des buts spécifiques et peuvent inclure de 2 à 20 municipalités selon les besoins. La province joue aussi un rôle de coordination et d'intermédiaire entre les gouvernements local et national. Les pouvoirs sont donnés par le gouvernement national sans toutefois avoir la représentativité d'une unité politique avec pouvoir de taxation.

2.4 Centralisation et décentralisation

La responsabilité et le pouvoir exécutif sont décentralisés: il en est de même pour les sources de financement. Par contre, la supervision et la direction générale sont centralisées. Les commissions nationales ont la mission de développer de nouvelles activités et le pouvoir d'établir les priorités. Nous constatons cependant que les municipalités et les fédérations de communes, grâce aux subsides nationaux, ont la possibilité de financer d'autres projets à partir des revenus provenant des taxes municipales.

Le degré d'innovation dépendra de la nature de la relation entre les gouvernements local et national. Le gouvernement local agit comme extension

du gouvernement national, dans une chaîne de communication; il reconnaît le rôle de l'infrastructure locale et sa capacité de bien identifier les besoins, les idées et les aspirations du milieu.

2.5 Financement et coûts sociaux

Les coûts sociaux de l'ensemble du système politique de Finlande représentaient, en 1983, 25,4% du PNB; en Suède, ils étaient de 35%. Les dernières statistiques disponibles pour la Finlande datent de 1982; les coûts sociaux y étaient alors de FMK 58,000 millions. En 1984, la Suède a dépensé SEK 134,000 millions.

En Finlande, le budget de la Sécurité sociale est financé par l'État, les autorités locales, les employeurs, les assurés et les usagers. En voici un estimé, en pourcentages:

l'État central	32%
les autorités locales	16%
les employeurs	41%
les assurés	7%
les usagers	4%

Il est difficile, à partir de l'information disponible, d'effectuer la répartition des coûts par secteur mais les grandes lignes du budget de la Finlande, pour 1982, nous fournissent les indications suivantes:

Santé	28,4%
Accidents	1,9%
Chômage	6,2%
Personnes âgées et invalidité	38,6%
Famille - Enfance	16,6%
Autres	8,3%

(10)

2.6 Comparaison avec le Québec

Le tableau présenté révèle une approche complète, unifiée et cohérente. Selon une politique sociale d'ensemble, les domaines de la sécurité du revenu et des services sociaux ainsi que de la santé et de la protection au travail sont

regroupés dans un même ministère. Il est aussi évident qu'un ensemble d'initiatives favorisent le développement social et assurent les prévisions économiques. Ce sont les gouvernements national et local qui ont le plus de responsabilités, chacun ayant les pouvoirs de taxation appropriés. La planification de base est entreprise par les représentants élus de la communauté locale, à l'intérieur des balises définies par le ministère national. Il faut noter, cependant, que les commissions nationales, munies d'un important personnel, contrôlent les unités locales, leur fournissent des conseils et développent de nouveaux programmes; elles effectuent la planification régionale et statutaire et favorisent les projets pilotes qui prévoient la collaboration de plusieurs instances.

L'adaptation des plans quinquennaux exige un lien étroit entre les secteurs économique et social. D'une part, on décentralise dans les unités locales, les communes ou les municipalités et d'autre part, on centralise au niveau national. En intermédiaire, il y a le mouvement de la base dans les fédérations des communes, et une tendance à la décentralisation vers les instances provinciales. Cette décentralisation implique un pouvoir décisionnel au niveau des communes ainsi qu'au niveau national.

Au Québec, tel qu'indiqué dans le chapitre précédent, la situation est différente. Il y a une politique sociale fédérale et une politique sociale provinciale. Depuis les amendements à l'Acte Britannique de l'Amérique du Nord après la deuxième guerre mondiale, le Gouvernement fédéral assume la responsabilité de plusieurs mesures de sécurité sociale: l'assurance chômage, les allocations familiales, les pensions et les suppléments pour les personnes âgées et handicapées, les crédits d'impôts pour enfants. Québec reconnaît le droit du fédéral de légiférer dans ces domaines. D'autres programmes tels que l'assurance santé, l'assistance sociale et les services sociaux sont financés conjointement mais administrés et organisés par la province. Québec administre son propre régime de retraite depuis 1966. Ce système de programmes conjoints pose cependant des problèmes: il réduit la marge d'action reconnue par la constitution, il interfère avec les priorités que la province désire établir au niveau de ses dépenses et exige une négociation constante pour assurer une complémentarité et une planification d'ensemble. De plus, la sécurité sociale demeure, dans une large mesure, l'apanage du gouvernement fédéral et l'assistance sociale, le ressort du provincial. Il y a une formule de péréquation ou

un "opting out" qui permet aux provinces de développer leurs propres mesures et de récupérer des sommes importantes.

Au Québec, les programmes des Affaires sociales et de la Santé se retrouvent dans un même ministère, distinct du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu illustrant ainsi la division entre le social et l'économique. Néanmoins il existe un intérêt soutenu pour l'établissement d'un revenu minimum garanti. Deux études majeures en politique sociale et en économique, le Livre Blanc sur la fiscalité et la Politique Familiale proposent des approches coordonnées, concertées et globales de la santé, de la sécurité sociale et des services sociaux.

La responsabilité première de la provision des services sociaux est assumée par la province. La réforme des services sociaux et l'Acte concernant les services de santé et les services sociaux (1971) prévoient un réseau intégré d'établissements pour la livraison des soins de santé et des services sociaux. La province est divisée en douze conseils régionaux qui informent le ministère des besoins régionaux, servent de lien entre le ministère et les établissements, effectuent la répartition des ressources, conseillent les établissements et reçoivent les plaintes des usagers. Chaque région a d'un Centre de services sociaux qui offre des services polyvalents de "deuxième ligne" aux personnes en difficulté ou des services de "première ligne" ou à court terme aux citoyens des régions dépourvues d'un Centre local de services communautaires. Ces centres ont intégré les services privés et confessionnels qui existaient autrefois et qui avaient l'avantage d'être regroupés sur une base régionale.

Le dernier maillon de la chaine est le Centre local de services communautaires, un établissement qui, sur une base locale, assure la prévention et les services socio-sanitaires et communautaires. Le gouvernement provincial et les Conseils régionaux assument la prise de décisions et la coordination des services. Le financement est centralisé au niveau provincial. Les services sociaux se définissent à partir de plans, le ministère verse les fonds et les Conseils régionaux supervisent la coordination .

Les centres locaux de services communautaires, desservent des populations restreintes; ils ont des équipes multidisciplinaires de santé et de

services sociaux qui répondent aux besoins courants de la population de leur territoire mais ils n'ont pas réellement de racines dans la structure de la municipalité. Ceci occasionne des conflits lorsque vient le temps de participer à la planification. Les forces vives du milieu n'ont pas d'emprise sur les décisions prises par les représentants locaux ou sur les décisions relatives aux ressources financières. Il se produit alors une déconcertation des ressources, sans décentralisation des lieux de décision. De plus en plus, dans un souci d'uniformatisation, les programmes de services sociaux sont initiés par le gouvernement provincial.

Le Québec a un modèle de services sociaux à deux paliers, sans l'intégration de l'assistance financière. Cette dernière est distribuée par les bureaux régionaux d'assistance sociale et de main-d'oeuvre qui se chargent d'appliquer la loi d'Assistance sociale selon des barêmes uniformisés au niveau provincial.

Étant donné la division et la fragmentation des mesures de sécurité sociale, d'assistance sociale et de services sociaux, la responsabilité et la coordination viennent d'en haut, le pouvoir exécutif reste au niveau provincial et nous pouvons parler plus en termes de déconcertation que de décentralisation des services. Le financement des programmes de services sociaux et d'assistance est assuré conjointement et en proportions égales par les niveaux fédéral et provincial.

CHAPITRE III: SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE - PAYS NORDIQUES

La sécurité sociale, partie intégrante de la politique sociale des pays nordiques comprend trois secteurs: les assurances sociales, la sécurité du revenu et les services sociaux. La plupart des aspects financiers de la sécurité sociale relèvent de la sécurité du revenu et des assurances sociales. C'est le ministère des Affaires sociales et de la Santé qui assume la responsabilité de ces domaines. La figure 3 illustre les plus importantes divisions. Les assurances représentent environ 85% des coûts de la sécurité sociale dans les deux pays. Ce sont les employeurs et les employés qui assument la plus grande partie du financement, l'État et les autorités locales défraient le reste, tandis que d'autres formes de sécurité du revenu sont financées par l'État: transferts aux familles, allocations pour personnes handicapées, allocations aux militaires et aux ex-militaires ainsi qu'à leurs dépendants et allocations de subsistance. Ces deux composantes du système de sécurité sociale touchent presque toute la population. Le principe directeur du système est de garantir à tous les habitants du pays une sécurité minimale face aux risques les plus divers et un revenu minimum (1).

Administration. Dans les deux pays, les assurances sociales sont gérées par l'Institut Central d'Assurances Sociales et ses bureaux locaux, le tout sous la responsabilité du Parlement. Les allocations de subsistance (living allowance), cependant, sont distribuées au niveau local par les services sociaux.

3.1 Système des Assurances sociales

Dans les deux pays, l'objectif de l'assurance sociale est le même. Cependant, l'actualisation et la diversité de l'élaboration des modalités commandent une exploration distincte. Étant donné les aspects socio-sanitaires de ce volet, nous incluons ici quelques brefs commentaires sur la santé.

SÉCURITÉ SOCIALE

ASSURANCE SOCIALE

SÉCURITÉ DU REVENU

- Assurance maladie - Assurance pension - Assurance chômage - Assurance accidents de travail	<u>Sécurité familiale</u> - Allocations enfants - Allocations entretien d'enfants - Bénéfices pour la maternité	<u>Pensions des vétérans et dépendants</u> - Compensation pour blessures - Pensions des vétérans	<u>Autres Allocations</u> - Allocation de subsistance - Allocation invalidité - Forces armées Allocations - Dépendants - Fin de service

FIGURE 3

3.1.1 Finlande

L'assurance sociale, en Finlande, couvre la maladie, les accidents industriels, l'invalidité, la maternité, la vieillesse et le chômage. Ce régime d'assurance possède une organisation particulière: malgré son caractère essentiellement social, il est géré par des sociétés d'assurances et des caisses privées. Seuls la législation et le contrôle des établissements d'assurance incombent à l'État. L'Institut d'assurances sociales et ses bureaux locaux dépendent directement du Parlement et le service des assurances du ministère des Affaires sociales et de la Santé octroie les concessions pour l'exercice de cette activité.

Les prestations sont financées, en partie, par les cotisations des employeurs et des employés lors du paiement des impôts. L'État et les communes assument l'autre partie du financement. En Finlande, pour l'année 1981, les employeurs et les employés ont payé respectivement 54% et 23% du montant total (2) des pensions ainsi que 57% et 38% des coûts de l'assurance maladie. L'État et les communes ont payé le reste.

Les pensions. En Finlande, les pensions incluent l'assurance-pension nationale, destinée à tous les résidents du pays, et l'assurance-pension du travail, basée sur les salaires.

La pension nationale inclut les pensions de vieillesse, d'invalidité et de réversion. La pension de vieillesse est payée à toute personne âgée de 65 ans et plus; la pension d'invalidité, à toute personne âgée de 16 à 64 ans qui, à cause d'un handicap, d'une maladie ou d'une invalidité, n'est pas à même d'effectuer un travail normal, compte tenu de son âge et de sa formation. La pension de réversion assure un revenu aux veuves de moins de 65 ans et aux orphelins ayant perdu leur soutien de famille. Ces pensions incluent l'aide financière lors des obsèques, les allocations-logement qui couvrent une partie des dépenses d'hébergement, selon les revenus, et l'allocation supplémentaire d'indigence. L'assurance-pension du travail relève de la loi nationale des pensions des salariés; le montant de la prestation varie en fonction du nombre d'années de travail et du montant du salaire. L'enregistrement des années de

travail débute à 23 ans et les périodes de chômage pendant lesquelles l'assuré a bénéficié d'une prestation de chômage sont prises en considération.

L'objectif des pensions nationales est d'accorder un revenu minimum garanti à tous les citoyens tandis que les assurances-pensions du travail visent à maintenir le pouvoir d'achat après la retraite (3).

Assurance maladie. L'organisation de ce système est assumée par l'Institut d'assurances sociales et les points de services locaux ou les caisses des entreprises (sur les lieux du travail).

L'assurance maladie inclut des aspects socio-sanitaires importants: remboursement des dépenses occasionnées par un traitement médical essentiel, indemnisation lors de la suspension des revenus par suite d'une incapacité et indemnisation lors de la grossesse et de la période post-natale. Une partie des honoraires de médecins du secteur privé, les médicaments prescrits par ordonnance, les examens, les soins et frais imputables à la maladie, tels les déplacements, sont remboursés.

Les soins dentaires ne sont pas remboursés, sauf s'ils sont indispensables au traitement d'une autre maladie. Le système de santé prévoit que l'assuré assume une partie des dépenses. L'assurance maladie rembourse 60% des frais de médecin, 75% des examens et traitements et entre 50% et 90% des médicaments. En 1981, les assurés ont payé 19 FMK pour les séjours dans les hôpitaux régionaux et 22 FMK pour des séjours dans des hopitaux centraux. Les autorités locales ont la responsabilité de défrayer la contribution du patient s'il n'a pas d'autres ressources financières (4).

Indemnisation. L'indemnité journalière est versée après 7 jours de maladie pour une période de 300 jours ouvrables, et couvre 80% du salaire jusqu'à 75,000 FMK et 50% du salaire au-dessus de ce montant. Une prime de soutien de famille est ajoutée à ce montant. L'indemnité journalière pour maternité est versée pendant 234 jours ouvrables: 24 jours avant la naissance et 210 jours après. Ce montant peut être versé au père ou à la mère et il inclut 12 jours ouvrables additionnels pour le père, après l'accouchement, afin qu'il participe aux soins de l'enfant. Depuis 1985, ce montant représente 80% des

salaires inférieurs à 75,000 FMK et 50% des salaires qui se situent au-dessus de ce montant (5).

Assurance chômage et Assurance contre les accidents industriels

L'assurance chômage est sous le contrôle du ministère des Affaires sociales et de la Santé et administrée par les caisses de chômage; soixante-douze caisses desservent environ 80% des travailleurs salariés couverts par l'assurance. L'État finance 40% des prestations versées, les employeurs 53% et les assurés 7%.

Les prestations s'élèvent jusqu'à un maximum de 90% du salaire pour les 100 premiers jours. Par la suite, ce montant peut descendre jusqu'à 70 FMK par jour; s'y ajoutent les suppléments pour enfants: 18 FMK par jour pour le premier enfant et 20 FMK pour les autres enfants.

L'assurance contre les accidents industriels est obligatoire. Les employeurs sont tenus de prendre une assurance pour leurs employés. Celle-ci paie 85% du salaire (6).

3.1.2 Suède

En Suède, les assurances sociales incluent l'assurance médicale, dentaire, parentale, les pensions, les assurances contre les accidents industriels et l'assurance chômage. Elles sont administrées par les bureaux régionaux d'assurance sociale qui relèvent de la Commission nationale d'assurance sociale du ministère des Affaires sociales de la Santé. Les coûts de ce programme national sont financés par le gouvernement, les employeurs, les travailleurs autonomes et, dans le cas de l'assurance chômage, les employés eux-mêmes.

Les pensions. Le plan national de pensions inclut la pension de base, la pension partielle et les pensions supplémentaires. Les montants sont établis selon l'indexation générale des prix; en 1986, ils étaient de SEK 23,300. L'âge de la retraite est fixé à 65 ans. Il existe des plans partiels pour les gens qui ont entre 60 et 70 ans; ces plans prévoient une compensation pour la perte du

revenu qui aurait été gagné entre 60 et 65 ans. Si le paiement de la pension est retardé, le montant versé sera plus important.

Les pensions incluent aussi une pension à l'âge de la retraite, une pension familiale pour la veuve et les enfants de moins de 18 ans et une pension d'invalidité qui peut représenter 50%, 66% ou 100% du plein montant de la pension au moment de la retraite. Une pension d'enfants est aussi versée à ceux qui ont perdu leurs parents avant l'âge de 18 ans.

Les provisions destinées aux pensions assurent aussi le paiement de prestations spéciales:

- allocation pour soins d'un enfant de moins de 16 ans: SEK 6,058
- allocation pour le maintien à domicile d'une personne handicapée: SEK 3,961 à 15,145

Au besoin, d'autres prestations seront versées:

- supplément à l'épouse: SEK 25,392 maximum
- allocation de logement: selon les règlements de la municipalité

Le paiement d'une pension partielle permet à l'individu âgé de 60 à 65 ans de travailler à temps partiel. La pension supplémentaire est versée à celui dont le revenu excède le montant requis pour la pension minimum. Cette pension représente 60% du salaire des 15 années les mieux payées sur 30 ans d'emploi (7).

Assurance nationale de la santé. En Suède, le plan d'assurance santé couvre une partie des coûts des honoraires de médecin, de l'hôpital, des traitements médicaux et para-médicaux, des médicaments, des dépenses de voyage et des soins dentaires. Ces bénéfices sont payés directement par le bureau d'assurance sociale. Le patient assume l'autre partie des coûts.

À titre d'exemple:

- visite au médecin: SEK 55
- hôpital: SEK 55 par jour
- traitements para-médicaux (physiothérapie, thérapie occupationnelle, psychothérapie, thérapie de langage prescrites par le médecin): SEK 25
- dépenses de voyage: SEK 30
- médicaments: SEK 55
- soins dentaires: 60% jusqu'à 2,500 SEK; 25% au-dessus de 2,500 SEK (8)

Indemnisation. Le plan de santé national prévoit aussi une indemnisation en cas de maladie ainsi que pour les parents, lors de la naissance d'un enfant. Cette indemnité, en cas de maladie, représente 90% du revenu jusqu'à concurrence de SEK 174,750. Ce montant est taxable et est considéré comme revenu pour l'évaluation des prestations versées lors de la retraite.

Lors de la naissance d'un enfant, les parents ont droit aux prestations parentales pendant 12 mois. Elles constituent 90% du salaire pendant 9 mois et sont de SEK 48, au moins, pour les trois derniers mois. Les pères bénéficient, de plus, d'un congé de 10 jours après la naissance d'un enfant. Les parents retirent des prestations quand un enfant de moins de 12 ans est malade, quand un deuxième enfant nait, ou lorsqu'ils accompagnent un enfant à une clinique médicale ou dentaire.

Deux autres assurances assurent une indemnisation contre les accidents du travail lorsqu'il y a une perte de revenu et des frais médicaux occasionnés par un accident: l'assurance maladie et l'assurance chômage.

L'assurance chômage, en Suède est largement influencée par les mouvement syndicaux; les sociétés d'assurance chômage sont organisées par les syndicats. Les compensations sont financées par les employeurs, le gouvernement et les employés. Les prestations sont taxables et sont calculées comme revenu pour établir le montant de la pension (ATP). La prestation maximale représente 91,7% du revenu jusqu'à concurrence de SEK 315. Ces prestations sont versées pendant 300 jours (450 jours pour les personnes âgées entre 55 et 64 ans). Ceux qui ne travaillent pas dans une entreprise peuvent

recevoir une aide financière de 100 SEK par jour; ce montant est toutefois taxable (9).

3.2 Système de sécurité du revenu

En plus des mesures d'assurance sociale, il existe d'autres formes de transferts d'argent, incluant les prestations aux familles, les allocations d'invalidité, les compensations pour invalidité par suite de blessures de guerre, l'assistance aux militaires et à leurs familles et l'allocation de subsistance.

3.2.1 Finlande: Redistribution statutaire

Les transferts aux familles, incluant les allocations familiales, le plus important transfert, sont payés pour chaque enfant de moins de 16 ans, indépendemment des revenus. Ils s'échelonnent de FMK 1,876, pour un enfant, à FMK 4,372 pour cinq enfants ou plus. Un supplément de FMK 1,080 est versé pour un enfant de moins de trois ans.

On donne une allocation de maternité de FMK 470 pour encourager les femmes à se faire suivre dans une clinique médicale. Lorsqu'un enfant vit avec un seul parent et que l'autre ne contribue pas à son entretien, on verse FMK 349 par mois. Enfin, les personnes handicapées reçoivent une allocation d'invalidité mensuelle se situant entre FMK 820 et FMK 1,178.

Les vétérans sont indemnisés à partir des revenus de l'État et une allocation est attribuée aux dépendants des gens conscrits (10).

Assistance publique. Il existe un dernier recours pour l'individu qui n'est pas capable de subvenir à ses besoins par le travail ou d'autres pensions: une allocation de subsistance, versée en espèces ou sous forme de soins en établissements. Ce subside est une mesure discrétionnaire d'assistance. Même s'il y a expansion des mesures de la sécurité sociale sous d'autres formes, cette aide continue d'être accordée à une minorité de citoyens. En principe, le montant est déterminé selon les revenus, le nombre de personnes à charge et les besoins particuliers. En pratique toutefois, maintes communes adoptent un barême établi par la Commission nationale des affaires sociales pour les besoins

alimentaires. L'assistance à l'habillement fait l'objet d'une demande distincte et les coûts de logement peuvent être payés. Les dépenses médicales sont aussi remboursées.

Le financement du subside d'assistance est assumé en quasi-totalité par les communes et le montant des prestations dépend de leurs ressources. Certaines études ont révélé que les barêmes sont plus élevés et les bénéficiaires plus nombreux dans les communes qui sont plus riches. Pour corriger cette situation, l'État central participe au financement des communes, en particulier de celles qui sont le plus démunies. Le financement de la sécurité du revenu par l'État couvre les allocations familiales et les allocations maternité. Il assume de 31% à 64% des coûts d'entretien d'enfants, d'allocation de logement et d'allocation de subsistance. De plus, les plans d'activités des communes, qui sont approuvés par le Gouvernement central, requièrent de sa part une contribution financière aussi importante (11).

3.2.2 Suède: Redistribution statutaire

En Suède, les prestations sociales incluent un nombre de transferts qui visent à hausser les revenus des familles avec enfants ou des familles sans enfants qui ont de petits salaires.

La plus importante prestation est l'allocation pour enfants de moins de 16 ans: SEK 4,800 par an. Les familles ayant plus de deux anfants reçoivent un supplément de SEK 2,400 pour le troisième enfant et de SEK 4,800 pour chaque enfant subséquent. Tout enfant de 16 ans et plus inscrit à l'école secondaire reçoit une allocation d'études de SEK 3,600 par année et ceux qui étudient à l'université reçoivent des prêts et bourses.

Les familles avec enfants qui ont un niveau de revenu peu élevé ou un pouvoir d'achat inférieur, dû à des contraintes économiques, sont éligibles aux allocations de logement mais ils doivent prouver leurs besoins.

L'enfant qui vit avec un seul parent reçoit une allocation de maintien de SEK 8,325 par an si l'autre parent ne contribue pas au moins ce montant.

Il y a aussi des prestations disponibles pour les adultes qui suivent des cours de formation professionnelle ou académique, ainsi que des allocations aux individus qui font leur service militaire et à leurs dépendants (12).

Assistance publique. L'assistance aux individus et aux familles est allouée par la commune si les autres allocations et transferts ne sont pas suffisants pour subvenir aux besoins. Il existe des variations selon les revenus des municipalités, et les allocations du gouvernement central comblent les différences.

Le canevas des mesures financières d'assurance sociale, des transferts et des mesures d'assistance sociale dessine une toile de fond compréhensive sur laquelle prennent place les services sociaux, comme partie d'une politique d'ensemble pour chacun de ces pays. On tient compte des besoins fondamentaux de la population en général, soit par les transferts statutaires, prévus par la politique sociale globale, ou par les assurances.

Comme la plupart des montants sont versés à titre de droit statutaire, l'étiquetage négatif est quasi inexistant. En effet, le tableau suivant indique le faible pourcentage des coûts sociaux financés par l'assistance sociale de Finlande (estimés de 1983).

(13)

Finlande, 1983	FMK millions
Pensions	23,820
Allocations enfants	1,952
Indemnisation maladie, maternité	1,450
Chômage	1,360
Allocation de subsistance	228

3.3 Comparaisons entre la Finlande, la Suède et le Québec

La Suède consacre une plus forte proportion du PNB à la politique sociale globale que la Finlande (25%). Dans ce dernier pays, on tend à utiliser davantage les compagnies d'assurances privées malgré un contrôle étatique très

présent. L'étendue des bénéfices statutaires est plus grande en Suède qu'en Finlande. Il y a une responsabilité optimale de l'État et les employeurs doivent contribuer fortement au financement des assurances sociales. En Suède, les employés contribuent seulement à l'assurance chômage et ce sont les syndicats qui l'organisent. Le gouvernement assume une assistance chômage limitée (14).

L'éventail des législations reliées à la sécurité sociale est extensif. Il existe un lien direct entre les mesures des assurances sociales et les transferts sociaux et le ministrère des Affaires sociales et de la Santé même si les assurances sont régies par la Commission nationale d'assurance sociale en Suède et par l'Institut d'assurance sociale responsable devant le Parlement en Finlande.

Par ce système d'assurances, de pensions et de transferts, la majorité de la population reçoit un revenu minimum. L'assistance sociale est résiduelle et constitue un dernier recours. Il y a quelques autres mesures discrétionnaires telles l'allocation au logement, aux vétérans, le supplément de pension et l'assistance médicale et elles sont assumées par les autorités locales.

Les montants des prestations étant moins élevés en Finlande, il pourrait y avoir un plus grand besoin d'assistance supplétive. Cependant, notre dernier tableau indique que les dépenses pour l'allocation de subsistance sont très peu élevées.

Si nous comparons la situation du Québec à celle de la Suède et de la Finlande au plan des assurances sociales, on y retrouve les quatre principaux systèmes: le régime des rentes du Québec, l'assurance chômage, les accidents du travail et l'assurance maladie. Ces programmes sont administrés par les juridictions fédérale et provinciale; le financement est conjoint et on y retrouve les problèmes inhérents à la péréquation.

Au plan socio-sanitaire, il n'existe pas une couverture statutaire pré-natale et post-natale aussi importante au Québec, ni d'indemnisation journalière significative pour la mère ou le père après la naissance d'un enfant. Au plan de la sécurité familale, on est nettement plus généreux: allocations familiales,

allocations d'entretien, allocations de logement et allocation de subsistance en Suède et en Finlande.

Tel qu'indiqué dans nos chiffres précédents sur la Finlande, et c'est aussi le cas pour la Suède, le fait que la plupart des risques et des situations de vie aient été prévus, limite le pourcentage de la population obligé de faire appel à des allocations de subsistance. Les barêmes appliqués à ces allocations de subsistance sont flexibles; non seulement rencontrent-ils les besoins minimaux mais ils peuvent aussi servir à la relance.

Au Québec, un pourcentage plus important de la population reçoit l'assistance sociale. Selon les données de Statistiques Canada, 695 000 personnes reçoivent de l'aide en vertu du régime d'assistance publique (15), une aide versée selon les barêmes fixes par le gouvernement provincial et qui situent les récipiendaires au-dessous du seuil de la pauvreté établi par Statistiques Canada. Par contre, en Finlande et en Suède, il y a des coûts minimes à payer par les usagers du système de santé.

CHAPITRE IV: SERVICES SOCIAUX DANS LES PAYS NORDIQUES

4.1 Définition des notions Service social et Services sociaux

À l'intérieur d'un système de bien-être, la fonction du service social est de promouvoir la sécurité sociale et d'améliorer le fonctionnement social des individus, des familles, des groupes et de la communauté. La notion de service social dans les pays nordiques fait référence aussi à la notion de changement social (1).

Le service social traite des problèmes sociaux et se préoccupe de trouver avec les individus et les groupes concernés, des solutions nouvelles et créatrices face à ces problèmes. Le changement social s'effectue en mobilisant les personnes impliquées dans le problème et en mettant à leur disposition les outils et les ressources nécessaires à sa solution et à l'obtention d'une meilleure qualité de vie.

La notion de service social, telle que définie par des auteurs reconnus dans le domaine, réfère à une série de tâches nécessaires pour augmenter le niveau de bien-être de la société et de ses membres. Douze fonctions sont définies:

1- Soulager: travailler à la réadaptation et à la réhabilitation.

2- Accompagner: être présent auprès des individus pendant la réadaptation, alors qu'ils tentent d'effectuer des changements.

3- Prendre soin et protéger certains groupes d'enfants, d'aînés et de personnes handicapées.

4- Consolider et réconcilier les individus et les familles aux prises avec des conditions de vie difficiles: maladie, accidents, conflits, solitude, etc. Les aider à retrouver un sens à la vie et à réaliser leur potentiel.

5- Informer et aider les populations plus défavorisées à réaliser les changements nécessaires à leur affirmation et travailler à construire une société plus égalitaire.

6- Surveiller et protéger les êtres aux prises avec des problèmes; s'assurer qu'ils respectent les lois et les règles de la société.

7- Distribuer les ressources publiques à ceux qui ne sont pas capables de produire ce dont ils ont besoin pour survivre en temps de crise ou de catastrophes, et d'atteindre une qualité de vie plus satisfaisante.

8- Aider les gens à défendre leurs droits et à obtenir tout ce qui est prévu par la législation existante.

9- Organiser et administrer les établissements et institutions de bien-être.

10- Aider les personnes opprimées ou exploitées à s'organiser et à enrichir leur communauté locale par l'action et l'organisation communautaire.

11- Encourager et développer des plans sociaux qui permettront la poursuite d'une vie plus significative et créative.

12- Implanter et supporter le processus de changement social qui favorise l'émergence d'une société de bien-être (2).

Ces douze tâches s'intègrent dans une notion multidimensionnelle de l'intervention psychosociale; soulagement, accompagnement, protection, consultation, distribution des ressources, protection des droits, organisation pour l'amélioration de la vie et contribution à la planification d'une société plus égalitaire.

Le but du service social devient ainsi l'implantation du changement social, ce qui implique l'étude et la planification des luttes contre les problèmes sociaux. La notion de service social est compréhensive et globale. Le service social est une démarche psychosociale qui vise à établir une stratégie unique pour chaque

situation; cette démarche est basée sur des liens de solidarité avec les individus, les familles, les groupes ou les communautés affectés par le problème. Le service social agit sur les personnes, sur les situations et sur les relations entre les individus et la société. Il intervient aussi au niveau des relations entre les personnes qui ont un problème, entre les personnes et leur environnement et sur l'environnement.

Services sociaux

Cette définition du service social colore la notion de services sociaux. Les services sociaux sont des moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs de la politique sociale. Ces services sont implantés principalement dans les municipalités et ils sont disponibles pour toute la population. La réforme des pays nordiques, depuis 1980, se base sur les principes suivants (3):

- Approche compréhensive

Le service social aura comme mandat de découvrir le lien entre les symptômes des problèmes présentés, drogue, alcoolisme, violence, conflit, anxiété, dépression, et l'environnement et les autres événements de la vie. Il doit aider à améliorer la qualité de vie.

- Normalisation

Ce principe réfère aux supports donnés par les services sociaux pour permettre aux individus de vivre une vie aussi normale que possible. L'aide apportée ne doit pas donner l'impression d'un traitement spécial ou de quelque chose d'exceptionnel.

- Continuité

La continuité est un principe qui s'applique aux soins institutionnels donnés aux individus et aux familles, en autant que le contact sera maintenu par le même travailleur social.

- Flexibilité

Les différentes mesures sociales doivent être adaptées aux besoins spécifiques des individus, des familles et des groupes.

- Proximité

Les mesures et les actions des services sociaux doivent s'appliquer dans le milieu de vie des individus, là où ils habitent et où ils travaillent car les problèmes sont souvent étroitement reliés à l'environnement.

Selon la nouvelle loi, les services sociaux ont trois rôles principaux:

- Mesures structurelles. Amélioration de l'environnement par l'intervention communautaire et la planification au niveau des quartiers.

- Mesures générales. Amélioration des conditions de vie de groupes spécifiques, distribution de l'information sur les services et prévention.

- Mesures individuelles. Adaptation des services aux besoins des individus et des familles: bénéfices sociaux, consultations budgétaires, problèmes d'enfants, problèmes de couples, vie familiale, soins à domicile, soins institutionmels (4).

Cette différenciation est théorique car les trois rôles sont interreliés et doivent être vus comme un ensemble.

Deux autres développements ont influencé le service social dans cette recherche d'une intervention globale, pertinente et stratégique: la planification sociale et le travail communautaire.

4.2 Planification sociale et service social

Au cours des quinze dernières années, il y a eu dans les pays nordiques, un mouvement important d'engagement et d'intégration des travailleurs sociaux dans la démarche de planification. Cette intégration était prévue au niveau de

l'administration locale. Un institut de formation (Nordplan), relevant du Conseil nordique, fut établi à Stockholm pour permettre aux planificateurs physiques et sociaux de se réunir afin d'élaborer les outils et la théorie pertinente à la planification. Enfin, la loi sur la réforme des services sociaux (1982 en Suède et 1984 en Finlande) incluait cette exigence de participation des travailleurs sociaux à la planification.

D'une part, le désir d'engager des travailleurs sociaux dans ce processus venait des travailleurs sociaux eux-mêmes qui réalisaient que plusieurs des problèmes individuels étaient en fait collectifs et reliés à la structure sociale et au besoin de changement. D'autre part, les professions traditionnelles de planification: architectes, ingénieurs, économistes avaient obtenu des résultats moins que satisfaisants, et réalisaient qu'on devait mieux se documenter sur les besoins, les exigences et les caractéristiques des individus et des groupes. C'est dans cette optique qu'ils firent appel aux travailleurs sociaux qui étaient à même de constater les conséquences de cette planification par leurs contacts quotidiens avec les individus et les groupes. Le but de cet exercice était d'intégrer dans la planification les expériences du secteur social. Ce plan social municipal sera intégré au plan global (5).

Le rôle de planification joué par les travailleurs sociaux n'était pas sans provoquer de difficultés. La planification qui visait à donner du support aux groupes plus faibles de la société, devenait maintenant partie intégrante de la planification destinée à améliorer les conditions de vie en général en tenant compte des besoins et des ressources disponibles.

Le défi du service social était de participer à cette démarche de planification (souvent dominée par les intérêts économiques) en assurant les intérêts du capital avec un esprit ouvert mais critique. Il était nécessaire d'apporter des informations mais aussi d'essayer de redistribuer le pouvoir aux niveaux locaux, et d'assurer plus d'influence aux plus faibles. Comment contribuer à un processus qualitativement différent et quelles sont les différentes façons d'organiser et de communiquer en planification?

Des rôles divers et souvent contradictoires apparaissent: pourvoyeurs de données sociales pour le processus de planification, représentants des groupes

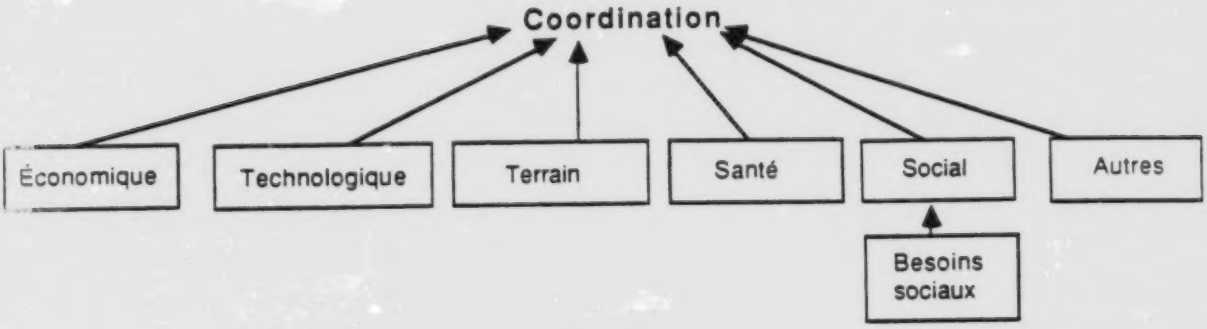
et des individus plus faibles, les travailleurs sociaux sont confrontés à des demandes du système qui viennent en contradiction avec les besoins réels des individus. Il en émerge un besoin de travailler à l'intérieur et à l'extérieur du système et d'entreprendre des actions politiques en dehors du travail. Ce nouveau rôle de représentation des individus, des familles et des groupes plus faibles, exige des travailleurs sociaux de faire une analyse critique du cadre structurel de la planification, de ses limites et de ses possibilités de faire preuve d'endurance, , de patience et de créativité et de ne pas hésiter à faire de nouvelles expériences (6). Il est trop tôt pour déterminer comment les travailleurs sociaux vont relever ce défi mais la loi crée l'obligation de le faire.

La planification exige la connaissance du milieu et de son infrastructure sociale et la capacité de tenir compte de cette infrastructure et de la développer, même si cela implique une plus grande planification physique. Les formations intensives se poursuivent à Nordplan et dans les écoles de service social (7).

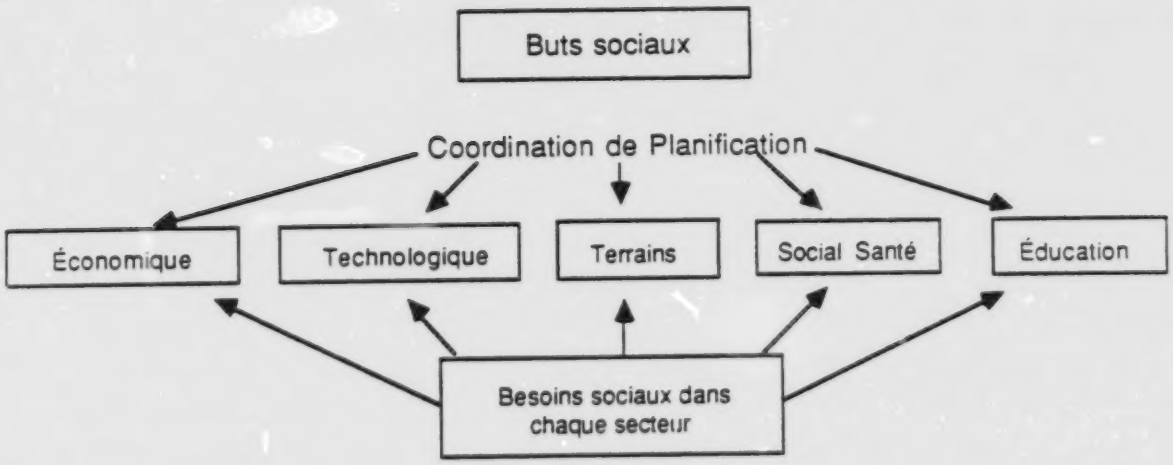
Les projets qui ont été entrepris indiquent que l'on tend davantage à planifier en fonction de la nature du problème et des caractéristiques du milieu en général plutôt que par secteur. En Finlande, un des projets pilotes, "SOFY", a été entrepris par plusieurs ministères: l'Environnement, l'Éducation, les Affaires sociales, les Commissions nationales de santé, les Affaires sociales, le Logement et les Fédérations municipales. Le but de ce projet était précisément de favoriser la coopération entre les secteurs administratifs, les travailleurs sociaux, les politiciens et les résidents pour définir les besoins et planifier les milieux de vie à l'intérieur des communes. Ce projet, du type recherche-action, était basé sur les concepts de planification sociale, de participation des citoyens et de démocratie participante. Les différents acteurs étaient impliqués à toutes les étapes du processus et devaient trouver des solutions innovatrices aux problèmes communs. Les résultats finals ne sont pas encore connus mais les données préliminaires semblent prometteuses. Une telle démarche aide les services sociaux à s'insérer dans la vie quotidienne de la communauté locale, comme partie intégrante du tissu social (8).

La différence entre cette nouvelle interprétation de la planification sociale et la planification sectorielle est la suivante:

PLANIFICATION SECTORIELLE



PLANIFICATION INTÉGRÉE



(9)

Outre cette nouvelle exigence de participation à la planification, le travail communautaire a toujours eu un impact sur les services sociaux. Il ne constitue pas l'intervention dominante en service social il se situe dans l'esprit de la nouvelle législation.

4.3 Services sociaux et travail communautaire

L'organisation communautaire est fondée sur la nécessité de provoquer un changement social dans les communautés urbaines, et de permettre aux individus d'avoir une influence sur le processus social en cours. Les méthodes développées à partir des travaux de Lewin en recherche-action et d'Alinsky en organisation communautaire visent, par ce changement social, une redistribution des ressources disponibles aux groupes, aux individus à problèmes multiples et aux défavorisés. Ces deux concepts de recherche-action et d'organisation communautaire sont associés dans des projets dirigés par le Dr. Harald Swedner dans plusieurs quartiers de Malmö et de Stockholm (10). Les résultats des expériences menées sur le terrain sont étroitement reliés aux problèmes sociaux dépistés par les travailleurs sociaux dans la localité. Ils ont été présentés à tous ceux qui ont pris part aux expériences afin qu'ils puissent évaluer les méthodes utilisées et leur impact. Les travailleurs communautaires s'associaient avec les habitants du milieu (l'environnement), les fonctionnaires et les hommes politiques étant souvent absents. Dans une démarche de changement social planifié, on met l'accent sur la participation des citoyens aux décisions concernant leur cadre de vie et sur la sensibilisation au fait qu'ils peuvent modifier les structures existantes.

En Suède, selon Swedner, le changement d'attitude, au plan de l'organisation communautaire, consiste à s'écarter du rôle de spectateur, et de partager les rôles des chercheurs et des professionnels sur le terrain et de développer des instruments pour mener à bien les projets conjointement avec les participants (11).

D'autres organisateurs communautaires parlent de gaspillage des ressources humaines parce que le système est lourd, de frustration parce que le système est lent à répondre aux individus et d'aliénation parce qu'il n'y a pas de responsabilité directe vis-à-vis le système ou d'espoir d'avoir le contrôle. Le

travail communautaire comprend plusieurs étapes: travailler individuellement dans le milieu avec les résidents afin de connaître leur perception du problème; trouver le leadership naturel dans l'infrastructure sociale locale; établir une organisation locale pour promouvoir les besoins, les idées, et les désirs de la localité; établir le contact avec les autorités publiques et politiques; faire les plans des services sociaux; améliorer l'environnement; aider à administrer les mesures envisagées; travailler à établir une organisation locale permanente (12).

Les projets communautaires développés en Suède sont étroitement reliés aux problèmes apportés par les travailleurs sociaux. En Finlande, ces projets sont plutôt reliés aux problèmes décelés dans les milieux de vie immédiats. Les aspects de planification communautaire sont très présents au niveau des développements de l'organisation communautaire.

Ces projets ont contribué à élargir la notion des services sociaux, ce qui s'est reflété dans la réforme des services sociaux (un volet structurel) et en obligeant les travailleurs sociaux à participer à la planification sociale au niveau local. Cette participation exigera des réorientations importantes, des connaissances accrues sur les conditions de vie et l'environnement des clients ainsi que sur les problèmes et les besoins relatifs à l'accessibilité des services et aux nouveaux services requis (13).

4.4 Distribution et accessibilité des services sociaux

Dans le domaine des services sociaux, on désire de plus en plus avoir une approche globale, et coordonner les mesures, les services et les soins sociaux nécessaires au bon fonctionnement des individus, des familles, des groupes et de la communauté. On donne aussi une nouvelle importance aux activités reliées aux services et à l'implication des travailleurs sociaux dans la planification et des membres de la communauté dans la définition des services. La nature des services à donner est très explicite. Les services sociaux incluent une gamme de moyens matériels et non matériels. La commune ou l'autorité locale est responsable de la distributon des services: le diagramme de la page suivante (figure 4) en illustre l'organisation. Ce diagramme, relativement typique des moyennes et des grandes villes de Suède et de Finlande, présente

l'ensemble des ressources matérielles et des services interpersonnels destinés à agir sur les conditions objectives et subjectives du bien-être de la population (14). La finalité de ces services, selon la loi, est d'assurer la libération et le développement des individus, des familles et des groupes.

La disponibilité et le contrôle de cet éventail de services au plan local diminue la distance sociale et physique. Leur proximité permet de recevoir un encouragement immédiat et elle permet aux individus d'influencer leur milieu de vie; le contrôle local est assuré par une commission composée de membres choisis dans la localité immédiate.

Chaque service social est statutaire, régi par la Législation des services sociaux ou d'autres lois spéciales tel qu'indiqué à la Figure 5. L'État assume une responsabilité prépondérante face aux droits; la responsabilité financière est assumée par le gouvernement local, mais selon les normes minimales établies par le gouvernement central et avec les subsides du gouvernement central versés selon la prospérité de la commune (15).

SERVICES SOCIAUX

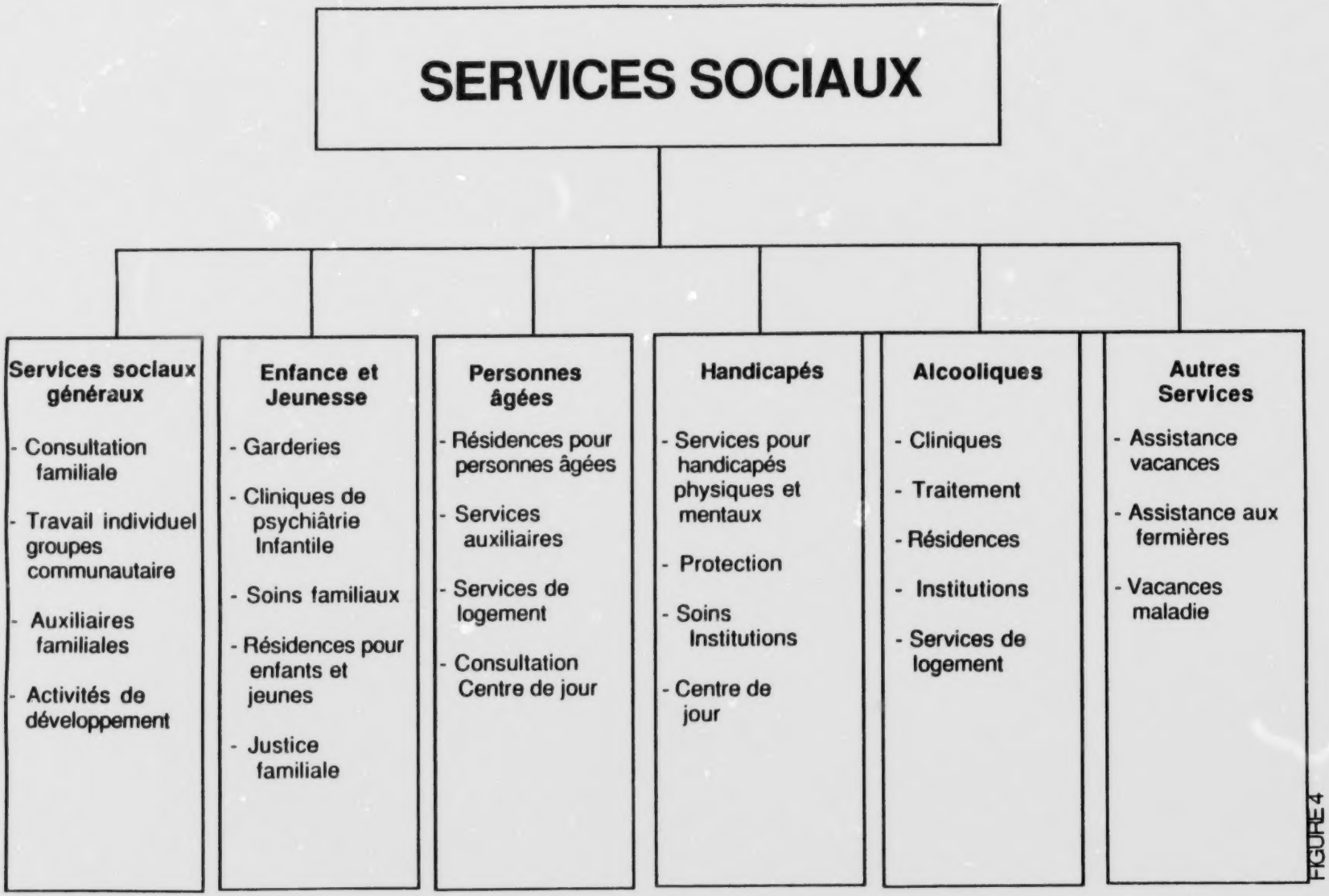


FIGURE 4

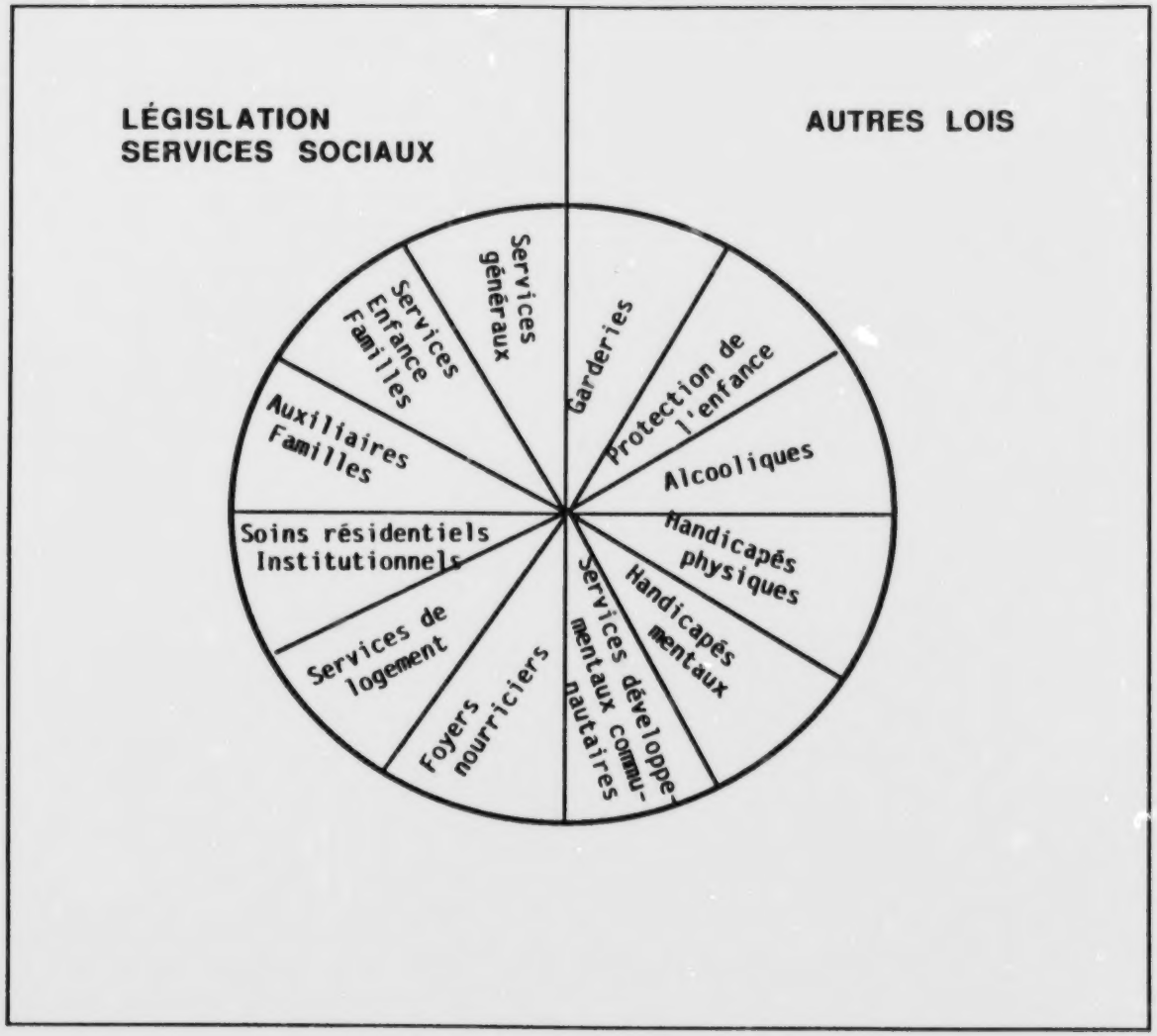

LÉGISLATION
SERVICES SOCIAUX
AUTRES LOIS
Services généraux
Services Enfance Familles
Auxiliaires Familles
Soins résidentiels Institutionnels
Services de logement
Foyers nourriciers
Services développementaux communautaires
Handicapés mentaux
Handicapés physiques
Alcooliques
Protection de l'enfance
Garderies

FIGURE 5

CHAPITRE V: FINLANDE - SERVICES SOCIAUX

Tel qu'indiqué précédemment, en Finlande, les services sociaux font partie d'une politique d'ensemble. Depuis l'adoption de la nouvelle législation sur les services sociaux, en 1984, on s'efforce d'élargir et d'accroître l'importance des services sociaux dans le système.

5.1 Législation sociale concernant les services sociaux

Depuis 1984, une nouvelle loi-cadre définit l'orientation des services sociaux. Cette loi s'applique à l'action sociale dans son ensemble, sous réserve des dispositions inhérentes à d'autres lois. Elle définit les services sociaux, en précise la nature et en détermine les conditions d'attribution. Elle contient aussi des mesures détaillées relatives aux services les plus importants.

La loi stipule que la municipalité a la responsabilité de la planification et de l'implantation d'un système de bien-être conforme aux dispositions de la loi. L'expression "bien-être social" réfère aux services sociaux, à l'assistance sociale et aux autres mesures. La municipalité est aussi responsable de l'amélioration des conditions sociales locales. Pour ce faire, la commission de bien-être locale doit être informée des conditions de vie des résidents et doit planifier en tenant compte des aspects sociaux de la santé, de l'éducation, de l'utilisation du sol, du logement, de l'emploi, des activités culturelles et des loisirs.

La commission doit de plus aider les habitants à prévenir et à corriger les problèmes sociaux et créer des circonstances favorables à la promotion du bien-être des individus, des familles et de la communauté.

La municipalité est responsable de l'organisation des services sociaux; ceux-ci doivent être conformes aux plans nationaux et correspondre au programme de subsides du gouvernement central.

Plus spécifiquement, elle est responsable des plans d'action pour:

1- l'organisation des services sociaux
2- la sécurité du revenu et le supplément de revenu aux résidents

3- l'assistance sociale (allocation de subsistance)
4- la distribution des prestations de sécurité sociale
5- l'organisation de la formation, de la recherche et du développement dans le secteur du bien-être, des services sociaux et de la sécurité sociale (1)

La municipalité doit concerter son action avec les autres autorités, les communautés et les habitants, ainsi qu'avec les représentants des autres secteurs d'intervention.

Services sociaux

Les services sociaux qui sont définis par la loi et qui relèvent de la municipalité sont les suivants:

1- le service social ou travail social
2- la consultation famille-enfance
3- l'aide à domicile
4- le service de logement
5- les soins institutionnels
6- les services privés de soins familiaux

Le service social et les consultations dans le domaine de la famille et de l'enfance sont offerts lorsque des problèmes sociaux surviennent; ils aident au maintien et à la promotion de la sécurité individuelle et familiale et au bon fonctionnement de la société. Les consultations famille-enfance sont données par des experts sociaux et médicaux aux familles et aux enfants en difficulté afin de promouvoir le développement de l'enfant. Les soins à domicile réfèrent à toute combinaison d'aide, de soins et de consultations qui vise à améliorer le fonctionnement de l'individu dans son milieu naturel. Ces services sont offerts aux personnes qui présentent des difficultés de fonctionnement résultant d'une maladie, d'un accouchement, d'un accident, du vieillissement, etc. Les services de résidence spéciale, en institution ou dans une famille d'accueil, sont disponibles pour ceux qui ne peuvent plus demeurer à domicile (2).

Les services sociaux dont la municipalité est responsable sont en général gratuits; dans certains cas cependant, un montant, fixé selon la capacité de payer, sera exigé.

Cette nouvelle loi met l'emphase sur l'information et la consultation relatives aux prestations et aux services existants. On y retrouve deux nouvelles obligations: - assurer la formation, la recherche et le développement, - travailler activement et en collaboration avec tous les secteurs pour améliorer les conditions de vie et accorder une attention particulière aux aspects sociaux dans les divers domaines d'intervention.

Les services sociaux municipaux sont aussi responsables de services spéciaux définis par d'autres lois, principalement les lois du bien-être de l'enfant (1983) et du bien-être pour les personnes handicapées (1978), la loi concernant l'abus d'alcool (1961), actuellement en révision (3).

La loi sur le bien-être des enfants spécifie les dispositions générales concernant leurs droits, les responsabilités de l'autorité locale face au respect de ces droits, les mesures d'aide destinées à assurer un environnement propice au développement ainsi que les modes et les principes d'intervention auprès des enfants et des familles.

Certains services statutaires peuvent être requis, tel que le définit la loi. Un enfant est confié à la commission et placé en foyer d'accueil ou en institution s'il y a négligence ou abus d'alcool de la part des parents ou délinquance. Pour les enfants de moins de 15 ans, c'est la commission qui prend les décisions de placement, tandis que pour les enfants de plus de 15 ans, c'est la Cour provinciale qui assume ce rôle. La commission est tenue de planifier les placements et les services subséquents en collaboration avec les parents.

Cette législation constitue le canevas des droits des citoyens et des obligations des autorités et prévoit l'infrastructure nécessaire à la réalisation des buts et objectifs des services sociaux.

5.2 Objectifs généraux et spécifiques des services sociaux

Principes directeurs

Les objectifs généraux des services sociaux sont de promouvoir le fonctionnement des individus, des familles et de la communauté et d'influencer la politique sociale, dans tous les secteurs d'intervention, pour améliorer les conditions de vie. Les services sociaux sont considérés comme un droit pour la majorité des citoyens.

Les principes qui sous-tendent les objectifs généraux sont les suivants:

Service: Il faut servir le client et non les intérêts de l'État aux dépens du client. Les mesures doivent être basées sur leurs besoins et doivent être appliquées avec souplesse en tenant compte de leurs choix.

Normalisation: L'acceptation de fournir des prestations et des services ne doit en aucun cas entraîner un étiquetage négatif de l'individu ou de la famille.

Liberté de choix: Le client a le droit de choisir la ressource qui lui convient.

Confidentialité: La relation qui s'établit entre le travailleur social et le client est privilégiée. Aucune information ne doit être utilisée sans sa permission.

Prévention: Les services doivent viser la prévention afin de sauvegarder l'autonomie des clients.

Promotion de l'initiative: Il faut redonner aux clients leur autonomie d'action et leur capacité de subvenir seuls à leurs besoins (4).

Ces objectifs globaux et les principes qui les sous-tendent sont repris plus spécifiquement par le Plan national (1986) sur les services sociaux.

Ce plan énonce onze objectifs spécifiques:

1- Soutenir le développement des services sociaux généraux offerts par la municipalité ou les unités inter-municipales.

2- Assouplir l'utilisation des services sociaux et augmenter l'accessibilité spatiale (local) et temporelle (ouverture en soirée et durant la fin de semaine, augmentation des heures de disponibilité).

3- Focaliser et mobiliser les ressources sur les individus et les familles en crise.

4- Supporter les initiatives de l'individu et de sa famille: favoriser leur participation à la planification et à la sélection des services; leur donner la possibilité de quitter leurs tâches quotidiennes pour se reposer et se récréer.

5- Augmenter la quantité de services.

6- Confier au bureau local de services sociaux la coordination des activités et des tâches.

7- Axer les services institutionnels sur des groupes restreints et offrir aux individus des services désinstitutionnalisés.

8- Intensifier l'information et la consultation sur les activités reliées à la sécurité sociale et aux problèmes sociaux

9- Accroître l'augmentation de la formation du personnel.

10- Intensifier la coopération entre les services sociaux et les services de santé dans le cas des problèmes de fonctionnement social et d'éducation et, en particulier, dans les situations de crise.

11- Entreprendre des activités de recherche, de développement et des projets-pilotes avec les universités, les instituts de recherches ou d'autres instances.

Ces objectifs viennent concrétiser les préoccupations légales en proposant le renforcement des services au niveau local, l'extension temporelle de la disponibilité des services, la concentration sur les situations de crises ainsi que la mobilisation et la coordination des effectifs de santé, d'éducation et de service social, le tout au sein de bureaux locaux (5).

5.3 Organisation et administration des services

La distribution des services sociaux exige un ensemble de ressources matérielles et humaines dont font partie les travailleurs sociaux. Le tableau suivant donne un aperçu de la nature des services dits 'sociaux' et de leur fréquence, en Finlande, en 1970 et en 1983.

Services sociaux (nombre de places ou de clients) en 1970 et en 1983 (6)

	1970	1983
Aide à domicile - familles	87,200	194,114
Garderies - places	37,336	163,122
Institutions pour enfants - places	4,756	3,267
Écoles - places	635	426
Consultation famille - enfance - clients	20,000	46,810
Résidences pour personnes âgées - places	30,647	30,299
Écoles spécialisées pour enfants - places	221	285
Résidences pour personnes handicapées - places	491	375
Résidences pour personnes handicapées mentales - places	4,815	5,892
Garderies pour personnes handicapées mentales - places	1,295	6,273
Institutions pour alcooliques - placaes	491	1,030
Maisons de transition pour alcooliques - places	629	1,409
Cliniques pour alcooliques - places	9,883	33,160

Le service social est un service général. Il traite des problèmes sociaux des individus, des familles et de la communauté. On tend de plus en plus à

évaluer la situation globale du client afin de l'aider à augmenter son influence et son pouvoir sur son environnement. La Finlande cherche à développer, parallèlement, le travail social structurel et communautaire et le travail auprès des individus et des familles. Au niveau de la communauté, l'organisation des services se veut trans-sectorielle de manière à favoriser la coopération à tous les niveaux.

On retrouve aussi les travailleurs sociaux au sein des équipes des cliniques de consultation familiale et infantile (Child Guidance Clinique). Ces centres offrent l'aide d'experts aux familles, par le biais d'équipes multidisciplinaires. Ils sont contrôlés par les autorités locales. En 1982, la Finlande possédait 92 centres et 80% de la population avait accès à cette aide spécialisée. Selon ce qui est prévu dans le plan national adopté en 1986, deux secteurs se développeront au rythme de 200 travailleurs sociaux par année pendant 5 ans pour atteindre, en éducation et dans les cliniques de consultation familiale et infantile, un total de 1700 travailleurs. Ces augmentations de personnel sont réparties dans les communes (7).

Deux autres domaines de services sociaux prennent actuellement de l'importance: les services d'aide à domicile et les services de garderies, tous deux organisés et contrôlés par les autorités locales. Finalement, les services et les soins offerts aux alcooliques représentent une partie importante de la charge des municipalités.

Selon les statistiques fournies par l'Association des travailleurs sociaux, en janvier 1982, il y avait 3,845 travailleurs sociaux en Finlande: 3,422 femmes et 423 hommes. Parmi ceux-ci, 1,871 travaillaient dans les centres locaux, 754 en milieu médical, 145 dans les cliniques familiales, 102 dans les écoles, environ 1000 dans les institutions, centres d'accueil ou garderies, 220 dans d'autres postes, incluant les services communautaires, et 378 ne travaillaient pas.

Dans la ville d'Helsinki, la capitale, il y a 442 travailleurs sociaux dans les différents milieux et un budget global d'environ 66 millions FMK pour les services sociaux (8).

5.3.1 Le rôle et la formation des travailleurs sociaux

Il y a présentement 4,000 travailleurs sociaux finlandais. Deux niveaux de cours leur sont offerts: l'un, plus court, dure de 3 ans à 3 ans et demi et l'autre, plus théorique, universitaire et d'une durée de 5 ans mène à la maîtrise. Cette maîtrise en service social se fait dans le cadre d'études en politiques sociales; l'étudiant peut opter pour la politique sociale ou le service social. En Finlande, la tradition veut que la politique sociale serve de "parapluie" au service social. Au plan scolaire, les cours universitaires dans ce domaine sont les plus longs des pays nordiques. Le programme de 5 ans a été développé récemment dans trois des six universités: Rovaniemi, Tamperé et Helsinki. Le programme court est offert à l'École suédoise de travail social, à Helsinki, et à Turku, en Finlande.

L'importance donnée à la politique sociale a entraîné une prédominance des questions légales et administratives dans les cours. On remarque présentement, dans les programmes de formation continue et les séminaires, que l'on se préoccupe davantage d'acquérir les habiletés spécifiques pour travailler avec les individus, les familles et les groupes. D'un côté, il y a les approches familiales et les approches en situations de crise, et de l'autre, les habiletés d'organisation communautaire et de planification. Il devient de plus en plus nécessaire d'appliquer à l'intervention l'excellente recherche qui se fait en politique sociale. Les Finlandais se soucient d'améliorer leurs capacités d'analyse et leurs habiletés pratiques de travail auprès des individus et avec le milieu et son infrastructure. Il existe une volonté d'augmenter le nombre de travailleurs sociaux et la qualité de leur formation tout en tenant compte de la nouvelle législation.

Présentement, la majorité des travailleurs sociaux oeuvrent au niveau local dans les centres locaux; il y en a aussi dans les hôpitaux, les écoles, les cliniques de santé mentale, les services de probation, les institutions, les garderies et les centres de consultation famille-enfance. Quelques-uns travaillent dans le secteur privé "Sauvez les enfants" ou pour la Ligue Mannerheim pour la protection des enfants. Une minorité sont formés en service social des groupes et en organisation communautaire malgré le fait que bon nombre de praticiens aient reçu une formation sur les méthodes

communautaires lors de séminaires ou d'une formation continue. La nouvelle législation exigera un développement dans ce domaine (9).

5.3.2 Les services publics et privés

La grande majorité des services sociaux finlandais sont publics. Seulement 6% des services sociaux et sanitaires sont privés. Ils sont souvent partiellement financés par l'État ou à partir de fonds provenant des "jeux de hasard" (slot machine Association). Une association étatique distribue les fonds recueillis sous forme de subventions aux organismes.

Les principaux organismes sont: le "Save the Children", reconnue par la Commission nationale du bien-être et responsable des adoptions, Tapiola, qui inclut la Ligue du bien-être familial, l'association des personnes handicapées et la Ligue Mannerheim pour l'enfance.

Plusieurs institutions pour personnes âgées (20%) et enfants (33%) sont privées et subventionnées par les gouvernements local et central. Les églises et les syndicats apportent leur soutien à l'organisation des vacances et des loisirs des personnes âgées. Enfin, la Croix Rouge finlandaise intervient au plan international lors de désastres (10).

Parmi les services privés, la Ligue Mannerheim pour la protection de l'enfance a eu une influence considérable sur le développement d'interventions sociales de qualité en service social, en éducation parentale, en organisation communautaire, en recherche, en publication et en formation. Elle a été établie en 1920 pour défendre les intérêts des enfants et effectuer les réformes nécessaires concernant les familles avec enfants. En plus des professionnels, la Ligue comprend 42,000 citoyens dans 400 associations locales. Le siège social de l'organisation est à Helsinki et il y a des centres dans treize districts. Quelques exemples de projets entrepris par cette Ligue concernent l'éducation parentale et les services aux familles. Il y a aussi des programmes structurés pour les parents, "l'école des parents", comprenant six étapes. Grâce aux efforts de la Ligue, une législation, en vigueur depuis 1983, oblige les communes à mettre sur pied les programmes d'éducation et d'organisation familiales. Les premiers résultats des recherches qui accompagnent la livraison de ces

services sont positifs. La participation des pères et des grands-parents est aussi encouragée et structurée et d'autres mesures sont adoptées pour motiver les parents qui ne participent pas aux réunions. Deux programmes retiennent l'attention: ce sont le projet "les jeunes pour les jeunes", une expérience de consultation des pairs par les jeunes, et l'organisation d'une chaîne téléphonique nationale ou les enfants peuvent téléphoner pour discuter de leurs problèmes. On fait des efforts considérables pour entraîner des auxiliaires familiales et organiser des "nursemaid circles" pour prendre soin des enfants malades en cas d'urgence. Depuis 1971, la Ligue participe au développement communautaire afin de connaître les conditions de vie de la population et étendre les réseaux de relations humaines qui pourraient soutenir les parents dans leur propre communauté. La Ligue a aussi influencé la création d'un rôle d'ombudsman pour l'enfance en Finlande (11).

L'ensemble des démarches de recherche et de formation entreprises constitue une très grande contribution au travail préventif et supporte les services sociaux locaux. Les multiples efforts entrepris par le Mannerheim l'ont toujours été dans une perspective communautaire.

5.4 Accessibilité et trajectoire des services - Combinaisons

En Finlande, nous décelons deux mouvements: décentralisation et regroupement des services municipaux autour du centre local. Les services couverts par la nouvelle loi incluent le service social et les consultations aux familles et aux enfants (child guidance). Leur intégration aux autres services municipaux rapproche les services multidisciplinaires de thérapie familiale, de consultation médicale et psychologique et d'éducation familiale de la population. De plus, les auxiliaires familiales, les garderies, divers soins offerts aux enfants et des services spéciaux pour les personnes handicapées favorisent ce rapprochement entre la municipalité et la population. Enfin, les ressources familiales et institutionnelles sont aussi sous la responsabilité municipale.

La commune est responsable des enfants qui présentent des problèmes doit les protéger. Les services spécialisés offerts dans la communauté sont destinés à éviter les placements. Quant à la population âgée, on désire avant

tout son intégration. Services et assistance incluent les soins à domicile, de courts séjours en institution, les centres de jours et 10% des places en institutions leur sont réservées. On construit des logements avec des services, très près des centres de services, et le système d'appels d'urgence fonctionne 24 heures par jour. Des services de repas et tous les soins physiques et pratiques leur sont accessibles. Une allocation spéciale leur est versée à ces fins, et ces mesures peuvent retarder le besoin de placement institutionnel.

On note l'émergence du travail d'équipe entre les travailleurs sociaux des garderies, du bureau municipal, des services de consultation famille-enfance et des autres services; il s'avère utile pour déceler les situations-problèmes généralisées et partager les connaissances sur le milieu de vie.

Les services de consultation psychosociale sont payés par l'État alors que les autres services exigent une contribution selon les moyens des usagers. Cette nouvelle intégration permet de traiter localement les situations les plus difficiles.

5.5 Réalisations et tendances actuelles

En Finlande, la tendance va dans deux directions. La première se traduit par l'intégration des services au niveau local et l'intensification des services auprès des familles. La volonté du gouvernement de continuer à accroître le réseau des centres de consultation familiale et de les intégrer avec les autres services en est un indicateur et les premiers résultats semblent positifs.

Milieu de vie et participation des clients

La deuxième tendance est de travailler avec les milieux de vie (living areas) ou voisinages sur leurs conditions de vie et sur les conditions sociales du quartier. Cette deuxième tendance a donné lieu à l'émergence des groupes de clients qui se sont formés à partir de groupes de résidents des milieux plus défavorisés qui avaient déjà eu une expérience comme clients du système. Ces ex-clients deviennent, avec l'aide du travailleur communautaire, des informateurs privilégiés auprès des travailleurs sociaux. Le premier de ces groupes, d'une banlieue de la ville d'Helsinki, "Jakomaki", a déjà eu un impact

considérable dans le pays et même auprès de la Commision nationale du bien-être. L'intérêt de cette nouvelle tendance, qui implique le respect du client, le support de ses idées et sa participation est illustré par la tenue d'un séminaire international à Helsinki, en septembre 1987. Ce séminaire est organisé par la Commission nationale du bien-être social d'Helsinki et par le Centre européen pour la formation et la recherche en bien-être social, de Vienne. La participation des clients, vue comme partie intégrante d'un système et d'un réseau social sera repris par les groupes d'experts. Non seulement les besoins et les droits des clients retiennent-ils l'attention mais les tentatives d'opérationnalisation des concepts reçoivent un appui institutionnel (12).

Planification - Collaboration

Un autre important projet de recherche-action (SOFY), entrepris depuis 1983-84, vise le développement de véritables modèles de collaboration dans la planification exigée par la loi, et dans son application dans les divers milieux de vie. Sous la direction de plusieurs ministères, l'Environnement, l'Éducation, les Affaires sociales, les Commissions nationales du logement, la Santé et le Bien-être, la Fédération des municipalités et l'Université technologique d'Helsinki, des projets ont été entrepris dans quatre municipalités; on désirait ainsi créer des modalités de coopération entre les résidents, les politiciens, les autorités locales, les travailleurs sociaux, les responsables de l'habitation et les représentants de la population. Par la suite, l'équipe avait le mandat de développer une méthodologie pour recueillir les informations sur les stratégies entreprises et sur les résultats et de produire un matériel éducatif et la documentation destinés à favoriser le développement de la coopération en conformité avec les principes de la loi (13).

En résumé, les tendances actuelles vont continuer à être entérinées par le Gouvernement: l'orientation familiale, la décentralisation des services, un plus grand rôle de partenaires pour les clients, des services de prévention (accompagnés de formation et de recherche-action) permettront au secteur social de participer pleinement à la planification intégrée exigée par la loi. De plus, on accordera une importance particulière à la collaboration entre les autorités locales et les organismes privés du type "Ligue Mannerheim".

CHAPITRE VI: SUÈDE - SERVICES SOCIAUX

6.1 Législation sociale sur les services sociaux

La Suède a aussi adopté, depuis 1981, une nouvelle loi sur les services sociaux. Celle-ci a été élaborée après discussions avec toutes les communes et vise à pallier les problèmes de l'ancien système occasionnés par une division administrative des services sociaux en sous-sections: bien-être des enfants, assistance économique, aide aux alcooliques.

Le premier article de la loi stipule que: "Les services sociaux assurés par la collectivité doivent être basés sur la démocratie et la solidarité et promouvoir la sécurité sociale et économique, l'égalité des conditions de vie et la participation active de tous les citoyens à la vie collective." (1). Puisque chaque individu est responsable de sa situation et de celle de ses semblables, les services sociaux doivent chercher à développer les ressources individuelles et collectives des citoyens, en respectant le droit de chacun à l'autonomie et au respect.

Cette loi-cadre se voulait complète et générale. Elle insiste, comme la loi finlandaise, sur la nécessité de tenir compte des facteurs environnementaux qui ont contribué à perpétuer les problèmes. Parmi ces facteurs, on note les structures sociales, les problèmes de travail, de logement, d'éducation et de loisirs.

Cette loi permet aux municipalités de planifier et de structurer leurs programmes en fonction des besoins locaux en déterminant les objectifs et en spécifiant les services et les mesures à adopter. Elle démontre le souci de collectiviser les problèmes tout en faisant appel à la responsabilité des individus, des familles et des groupes afin qu'ils se prennent en charge; elle souligne aussi que les services doivent les accompagner dans cette démarche et les aider à regagner leur liberté de choix et leur influence à l'intérieur de la société.

La loi comprend une dimension reliée aux soins sociaux (social care) et elle invite l'infrastructure sociale locale à offrir solidarité et entraide. Elle aborde

spécifiquement les mesures structurelles, générales et individuelles et leur essentielle interrelation.

Même si en principe, la municipalité doit, en dernier recours, s'occuper des citoyens qui n'ont pas d'autres moyens de subsistance et leur assurer ce dont ils ont besoin, les autres autorités conservent leurs responsabilités. Les communes doivent offrir des services de consultation, d'information et toute autre sorte d'aide. La division du bien-être de la municipalité offre les services ponctuels jusqu'à ce que l'autorité responsable soit identifiée.

La loi prévoit aussi une participation du personnel de la division des services sociaux à la planification sociale. Elle spécifie que l'apport de cette division doit permettre d'influencer les décisions qui seront prises dans les divers champs d'action tels que le logement, les loisirs, les communications, l'emploi et l'éducation. À ce niveau, chaque communauté possède sa propre organisation, selon ses besoins.

La commission locale doit fournir l'information nécessaire à la planification relative aux conditions de vie et aux problèmes de certains groupes, participer au processus de planification depuis la conception jusqu'à l'implantation et participer à l'évaluation de l'action. Dans cette loi, la commission locale reçoit aussi le mandat "de faire des études de cas afin d'améliorer les conditions minimales de vie". Ces études ne doivent cependant pas nuire à l'individu. L'information recueillie par ce type de recherche peut servir à définir et à analyser la situation sociale de la communauté. La Commission doit de plus coopérer avec les autres autorités, organisations et associations.

La loi exige qu'on transmette de l'information sur les services de la municipalité. Elle reconnaît aux individus le droit de recevoir une aide économique et une allocation supplétive destinées à leur permettre de réorganiser leur vie productive; de bénéficier de mesures destinées à réduire l'abus d'alcool; et de recevoir des conseils pour l'éducation des enfants (2).

Soins obligatoires aux enfants et à la jeunesse

Il existe une deuxième loi d'exception concernant les soins obligatoires aux personnes de moins de 18 ans; celle-ci s'applique lorsque les conditions de vie représentent un danger pour la santé ou le développement de l'enfant lorsque la santé ou le développement sont compromis par suite d'abus de drogues ou d'activités criminelles.

Cette loi souhaite une coopération avec les parents, en autant que possible, mais se réserve la possibilité de placer l'enfant hors du foyer lorsque la gravité des problèmes l'exige .

Ces deux lois encadrent l'organisation locale des services.

La troisième loi qui s'applique à l'exercice des services sociaux concerne la prise en charge coercitive des alcooliques et des toxicomanes. Celle-ci n'a été votée qu'après un long débat public. La prise en charge coercitive est permise pendant deux mois et peut être prolongée, si nécessaire. Cette brève période vise à encourager les intéressés à se faire traiter volontairement (3).

6.2 Objectifs généraux et spécifiques

La loi sur les services sociaux vise la sécurité matérielle et émotionnelle de la population, une réduction des écarts au niveau des conditions de vie, la possibilité d'obtenir des consultations en cas de problèmes et une ouverture sur la communauté. Elle veut aussi accorder aux clientèles concernées la possibilité de faire valoir leurs droits d'aide matérielle et de services, en leur garantissant un recours auprès des instances administratives locales.

D'autres objectifs plus spécifiques sont précisés:

- Accorder une importance spéciale à la participation des services sociaux à la planification, au niveau des quartiers, à l'exploration sur le terrain, au dépistage et à l'information.

- Accorder une aide individuelle aux alcooliques et aux toxicomanes, diffuser de l'information et utiliser le placement coercitif, si nécessaire.

- Prendre en charge les enfants, les établissements préscolaires et les centres de loisirs.

- Fournir des soins aux personnes âgées afin qu'elles puissent mener une vie autonome; construire des immeubles où les services sont intégrés, offrir du transport, encourager la création de conseils des aînés.

- Aider les personnes handicapées afin de leur assurer une participation maximale à la vie de la communauté.

- Mettre sur pied des foyers familiaux pour les jeunes et les adultes qui en ont besoin; développer de petites unités familiales de 6 à 8 personnes.

- Protéger les enfants de moins de 18 ans.

- Améliorer la coordination des services sociaux.

6.3 Organisation et administration des services - Nombre d'effectifs et coûts

Tel que mentionné précédemment, les services sociaux étaient auparavant cloisonnés. Cette nouvelle conception plus globale de l'individu et de la famille s'inscrit dans une perspective qui tient compte de la structure de la collectivité, des tendances sociales générales et de l'environnement.

Les services sociaux couvrent un éventail de services matériels et non-matériels. Ils incluent la protection, l'assistance et le traitement des enfants et des jeunes, des alcooliques, l'aide aux familles, aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La loi reconnaît aux communes le droit d'organiser les services en fonction des besoins locaux. Dans chaque commune, c'est le comité des Affaires sociales, choisi par le Conseil municipal, qui assume la responsabilité

du service social et qui organise les services. La commission nationale du bien-être en assume la supervision. Le comité, par son mandat, doit accorder une importance particulière aux conditions de vie des citoyens et à la diffusion de l'information. Sa participation à la planification communautaire doit influencer la conception et l'amélioration des grands ensembles, les conditions de logement, et prévoir les supports environnementaux nécessaires à la population (4).

Les services sont surtout volontaires, distribués par le centre local. On y offre l'aide financière et les services devant aider les gens à devenir autonomes:

- des consultations pour toutes les classes sociales;
- la protection de l'enfance et l'intervention auprès des alcooliques;
- la planification et l'administration de services supplémentaires aux personnes âgées et aux enfants, les garderies;
- le placement en ressources communautaires, lorsque requis.

En Suède, la municipalité et la province se partagent la responsabilité des ressources de placement; la province supervise la ressource et la municipalité, le client. La Commission nationale du bien-être détient la responsabilité générale des services sociaux, mais la province joue un rôle important de surveillance, de consultation, d'information et de coordination entre les municipalités (5).

Contrairement à ce qui existe en Finlande, les cliniques de consultation familiale et infantile, les cliniques de santé mentale pour les enfants et les adolescents et les services scolaires sont sous la responsabilité de la province. Les travailleurs sociaux se trouvent ainsi présents au niveau provincial et local. Ces organismes servent d'intermédiaires entre les enfants, les adultes et les familles d'un côté et les services sociaux municipaux de l'autre.

Finalement, cette nouvelle loi exige un service de "reaching out" et une implication dans la communauté non seulement des travailleurs communautaires mais aussi de tous les travailleurs des autres domaines (6).

Personnel et coûts sociaux

Il y a 10,000 travailleurs sociaux en Suède, regroupés dans une association qui agit comme groupe de pression. Leur poids s'est fait sentir lorsque la nouvelle législation fut formulée et ils continuent de faire pression pour l'amélioration des études post-graduées, la formation continue et le développement de la recherche. Il existe aussi d'autres catégories de personnel oeuvrant dans les services statutaires mis à la disposition de la population (7).

Nous présentons ci-après quelques estimés du nombre d'employés et des coûts sociaux que représentent ces services dans les trois plus grandes villes de Suède.

Nombre d'employés dans les services sociaux des trois plus grandes villes de Suède, en 1985

Services sociaux	Stockholm Population 659 030	Gothenburg Population: 425 495 Nombre d'employés	Malmö Population: 229 958
Soins aux enfants	14,829	4,861	3,243
Soins aux personnes âgées ou handicapées	6,957	4,364	2,466
Support aux individus et aux familles	2,448	1,834	643
Administration centrale et services particuliers	1,522	561	215 *
Total	25,756	11,630	6,567

* Administration centrale seulement

Nombre de millions de Kroner suédois dépensés dans les trois principaux secteurs des services sociaux, dans les trois plus grandes villes de Suède, en 1985.

Services sociaux	Stockholm	Gothenburg	Malmö
		Millions de Kroner	
Soins aux enfants	2.500 MCrs	886 MCrs	499 MCrs
Soins aux personnes âgées ou handicapées	1.700 MCrs	759 MCrs	429 MCrs
Support aux individus et aux familles	1.300 MCrs	830 MCrs	489 MCrs
Administration centrale et services particulies	643 MCrs	907 MCrs	50 MCrs *
Total (en millions de Kroner)	6.143 MCrs	3.382 MCrs	1.500 MCrs

* Administration centrale seulement (8)

6.3.1 Le rôle et la formation des travailleurs sociaux

Depuis 1977, il existe un nouveau programme universitaire suédois de service social. Il est de 4 ans, incluant une première année en Sciences sociales. Le service social ou travail social y est vu comme un sujet "parapluie", un sujet interdisciplinaire comprenant des éléments de psychologie, de sociologie, de politique sociale, de droit social et des méthodes de service social. Le premier niveau d'études est suivi d'une session spéciale axée sur la recherche, puis d'un programme de doctorat d'une durée de quatre ans. Ce dernier a été instauré dès la première chaire de service social, en 1977. Présentement, quatre universités donnent le doctorat.

Il y a une forte propension à l'éducation continue. On reconnaît le besoin de développer la recherche sur le service social et les conséquences de ses actions. De petits centres de recherche se développent à l'intérieur des administrations locales et l'on désire établir un dialogue et une coopération entre les organismes du milieu et l'Université.

Il existe aussi un autre cours post-gradué axé sur le traitement. Celui-ci comprend un stage pratique. On désire plus particulièrement renforcer la

recherche et les habiletés d'intervention au niveau du traitement familial. Enfin, de nombreux étudiants sont inscrits à la formation continue, en recherche et aux études post-graduées. Présentement, il y a 120 étudiants dans les différents programmes de doctorat (9).

6.3.2 Services publics - Services privés

En Suède, la majorité des services sont publics. Les institutions, centres ou quelques agences privées sont contrôlés par le gouvernement.

Au cours des années 60, les services et prestations étaient reconnus de droit et on a cru que les ressources publiques municipales devaient répondre aux besoins de subventions. Selon Lindholm, on voyait d'un mauvais oeil les organisations volontaires, les subventions ont diminué et plusieurs petits organismes ont disparu. Seules les organisations nationales comme "Save the Children" et la Croix-Rouge ont résisté à ce mouvement.

Trois mouvements volontaires ont émergé des groupes impliqués dans certains secteurs d'intervention: les organisations de personnes handicapées, qui sont des organisations de personnes et non pour les personnes handicapées; elles sont largement acceptées comme partenaires à part entière des services publics, elles sont subventionnées par la collectivité et elles sont devenues d'importants groupes de pression socio-politiques; les regroupements de parents qui s'impliquent auprès des garderies; et les associations de personnes âgées et les conseils de retraités (10).

6.4 Accessibilité et trajectoire des services - Combinaisons

En Suède, la plupart des services sociaux sont municipaux. La municipalité offre un éventail de services destinés à la population en général: consultations, aide à domicile, services de logement, services de placement en institution ou en famille d'accueil, garderies, protection de l'enfance et services pour les personnes handicapées physiques et mentales. L'expérience a démontré que la proximité n'amenait pas nécessairement la coordination; aussi la plus forte tendance actuelle, en Suède, semble être la coordination des services, le "reaching out" dans la communauté.

Dans les consultations individuelles, on met le focus sur la famille mais on cherche toujours à connaître les facteurs environnementaux qui peuvent entretenir les problèmes. Les solutions comprennent autant de mesures sociales, pratiques, économiques ou éducationnelles que psychologiques.

Pour prévenir l'isolement et les problèmes des familles ou des personnes seules, on utilise de plus en plus des personnes-contacts ou des familles-contacts qui apportent leur support aux familles lors des moments difficiles ou de crise. L'éducation peut être offerte par les aides à domicile.

Pour les enfants, il existe un réseau complet de garderies, de jeux dirigés, de centres de garde après les heures d'école et de gardiennes d'enfants contrôlés par l'État. Les parents paient une contribution pour la plupart des services à l'exception des consultations sociales.

Les personnes handicapées physiques et mentales et leurs familles reçoivent les services sociaux généraux par les praticiens et certains programmes spéciaux, conjointement organisés par la province et la municipalité, leur sont offerts.

Les personnes âgées reçoivent aussi des services de la commune; elles ont droit aux services de soins à domicile. Les associations de personnes âgées et les conseils de retraités prennent de l'importance et veulent non seulement renforcer les droits des personnes âgées qui sont garantis par la loi mais aussi participer et contrôler leurs milieux de vie et la collectivité. Il existe des logements spéciaux pour les personnes âgées qui comprennent tous les services et où l'on retrouve des programmes d'activités entre les résidents et les autres personnes âgées du quartier.

Au niveau local, on fait de plus en plus de "reaching out" car on croît que plusieurs personnes ne connaissent pas leurs droits ou ne désirent pas contacter les autorités. Les services sociaux doivent rencontrer les personnes dans leur milieu naturel pour les informer des services disponibles. Finalement, le droit à l'assistance économique, dans cet esprit de "relance économique",

inclut le droit à un niveau de vie raisonnable qui comprend la possibilité de se payer un téléphone, une télévision et tout l'équipement domestique minimum.

Il y a des services essentiels et même des supports continus dans la localité. Les autres services de thérapie familiale et les cliniques de psychiatrie infantile sont plutôt associés aux services médicaux provinciaux, sous la responsabilité du conseil de la province (11).

6.5 Réalisations et tendances actuelles

La Suède a eu plusieurs réalisations. Présentement, on se préoccupe principalement de développer une approche structurelle et un modèle communautaire qui pourrait aider les individus à influencer leurs conditions de vie.

Au plan communautaire, la Suède compte beaucoup sur le travail des travailleurs sociaux. Très souvent, leurs constatations permettent d'avoir une approche plus globale qui tient compte de la population et qui reçoit un support institutionnel du gouvernement ou des universités. Harald Swedner décrit, entre autres, les projets d'Ostergard et d'Aspudden, projets qui illustrent la collaboration entre les travailleurs sociaux, les résidents, l'Université et les différentes instances gouvernementales, dans l'organisation et la rénovation des quartiers délabrés, d'où vient un pourcentage important (70%) des cas vus par les services sociaux locaux. Des projets de ce type sont menés dans d'autres régions; ils sont entrepris dans une perspective communautaire, telle que développée dans le chapitre 4 et ils sont supportés par les institutions.

L'un d'entre eux, mieux connu, est le projet "Fagersjö". À partir d'une approche de coopération du voisinage, une clinique de psychiatrie infantile a réalisé un programme d'animation de la population en favorisant les contacts entre habitants, en les aidant à réaliser des projets qui leur donnent le contrôle sur leur voisinage et en établisssant un réseau d'entraide entre les citoyens et les différents organismes du milieu. Dans ce projet, la clinique est devenu le point de ralliement des réseaux formels et informels existants; les intervenants ont acquis une meilleure connaissance du milieu naturel et il s'est instauré une meilleure collaboration entre les services (12).

En second lieu, les Suédois désirent développer une approche incluant des aspects psychosociaux et ils veulent en évaluer les résultats. En accord avec la nouvelle législation, on note le désir d'augmenter la capacité de recherche sur les impacts des interventions, en collaboration avec les universités et les instituts de recherche. La présence d'un grand nombre d'étudiants au doctorat et le mandat de développer la discipline 'service social' contribuent à créer et à articuler de nouvelles problématiques et approches (13).

On donne aussi de l'importance à la prévention, et les démarches de "reaching out" exigent une participation plus active dans la communauté. Dans les régions rurales, la Suède a été le pionnier pour engager et entraîner les postiers à la livraison des services sociaux et à maintenir le contact avec les régions éloignées.

Il existe en Suède un problème de coordination entre le niveau provincial et le niveau local, surtout au plan des services familiaux et psychiatriques. Cependant, le regroupement des municipalités a permis de faire l'expérience de résidences thérapeutiques pour les familles. Le stage en résidence dure trois semaines. Ce centre unique se trouve près de Stockholm: c'est une maison familiale qui peut recevoir trois familles à la fois, qui habitent avec les intervenants et apprennent à mieux vivre leur vie familiale dans un milieu qui offre éducation et support. Ces familles sont référées par les services sociaux locaux et retournent par la suite dans leur milieu d'origine avec un réseau de supports plus approprié. Ces supports pourraient venir des travailleurs sociaux ou d'autres personnes significatives du milieu. Ceci n'est pas nécessairement fait sur une base bénévole mais à partir de contrats de collaboration avec les services locaux.

Il y a aussi des projets en vue d'intégrer et de décentraliser les services médicaux au niveau local pour effectuer une meilleure coordination entre services sociaux et services de santé.

En résumé, en Suède, en ce moment, nous trouvons deux niveaux de préoccupations: la production de nouvelles connaissances au moyen de

nombreux programmes de doctorat et le désir d'appliquer ces nouvelles connaissances à la solution de problèmes sociaux.

L'approche est globale: on désire coordonner les différentes mesures, les prestations et les services avec les services psychosociaux. Il y a une véritable volonté politique et sociale de faire en sorte que les aspects sociaux influencent les aspects physiques dans tous les domaines de vie.

CHAPITRE VII: ANALYSE COMPARATIVE DE L'ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET DES PAYS NORDIQUES

7.1 Provision statutaire et étatique des services sociaux

Dans les pays nordiques, les services sociaux sont définis en termes de problèmes sociaux et l'implantation de nouvelles solutions créatives face à ces problèmes, avec les individus et les groupes affectés, est faite dans une perspective de changement social; on met à leur disposition les outils et les ressources nécessaires pour obtenir une meilleure qualité de vie (1). Au Québec, les services sociaux sont davantage définis en termes d'équilibre; on met en oeuvre des moyens pour maintenir les relations et les interactions sociales entre les personnes, les groupes et la société (2).

Avec la Commission Castonguay-Nepveu sur la santé et les services sociaux, en 1971, le Québec a endossé un "projet de société" où l'on reconnaît que les citoyens agissent à l'intérieur d'un processus de démocratie participante. Les mots-clés de la réforme étaient accessibilité, universalité, efficacité, et participation. Les objectifs de la politique sociale formulée alors étaient d'aider les individus, les familles et les groupes à développer leur autonomie pour assumer leurs responsabilités sociales.

La Loi-cadre sur les services de santé et les services sociaux, issue de cette Commission, définissait l'infrastructure d'un réseau intégré d'établissements qui devaient distribuer des services complets, continus, complémentaires et de qualité. Cet ensemble de services devait permettre l'élaboration de programmes qui recevaient un support politique inégal des différents gouvernements et de la population en général. La structure des services sociaux visait à coordonner les services, auparavant dispensés par de multiples instances privées, et avait pour objectif de les rendre cohérents et accessibles et de les rapprocher de la population. En effet, à partir de 1970, le ministère s'avère l'initiateur, l'organisateur, le coordonnateur, le planificateur, l'administrateur et l'évaluateur de l'ensemble des services.

Les quatre catégories d'établissements sont:

a) Centre hospitalier: hôpitaux divers, selon leur spécialisation et leur mission, devant apporter de l'aide à court et à long terme aux personnes présentant des problèmes physiques et mentaux;

b) Centre d'Accueil: centre pour héberger les individus qui en ont besoin, à cause de problèmes familiaux, de problèmes de comportement ou de handicaps physiques ou mentaux;

c) Centre local de services communautaires: etablissement destiné à dispenser les services de santé et les services sociaux préventifs sur un territoire d'environ 30,000 personnes. Ces établissements offrent les services sociaux et de santé de première ligne, les services de soins à domicile, et leur action est communautaire; ils se font les promoteurs de la santé au travail, de l'hygiène mentale et infantile, de la planification des naissances, de la bonne alimentation et visent une plus grande maîtrise du milieu au plan socio-sanitaire;

d) Centre de services sociaux: établissement qui regroupe les services sociaux spécialisés au plan régional et qui s'adressent aux personnes qui font face à des besoins sociaux d'adaptation ou de protection. Les fonctions principales sont la protection des adultes et des personnes âgées, les services sociaux institutionnels et le développement des ressources légères.

Ces quatre catégories d'établissements sont chapeautées par douze Conseils régionaux consultatifs qui coordonnent et développent les programmes des établissements. Les réformes entreprises au Québec ont été gérées et réalisées par les nouvelles élites administratives qui avaient participé aux travaux de la commission (3).

La possibilité de contrôle des nouveaux organismes par les groupes locaux et les usagers est restreinte. Leur représentativité sur les conseils d'administration est limitée à quatre au niveau du Centre de services sociaux (CSS) et à sept au niveau du Centre local de services communautaires (CLSC); on y retrouve des membres du personnel, des professionnels, des membres

d'autres établissements et des représentants du ministère. De plus, cette organisation n'est pas relié à la structure municipale comme telle.

Le contrôle des ressources régionales par le C.S.S. a rendu plus difficile la concertation des ressources au niveau local; en effet, malgré les efforts, la planification reste sectorielle et spécialisée, axée sur la distribution des services. Plutôt que d'avoir l'approche universelle du début, il y a une nette tendance au retour vers les populations à risque et à la responsabilisation de la communauté. Avec le temps, certains services offerts par le C.S.S., tels que Famille-Enfance, consultation conjugale, thérapie familiale et intervention psychosociale, sont disparus. Une approche intégrée fut proposée aux deux niveaux mais ni le temps, ni les effectifs ne permirent de la mettre en pratique auprès de l'ensemble de la population (4).

Contrairement à ce que l'on avait annoncé au début concernant l'interrelation des facteurs sociaux et économiques, les services d'assistance financière sont demeurés séparés des services sociaux et sont encore sous le contrôle du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

Les lois des pays nordiques, Suède et Finlande, sont aussi des lois-cadres mais des lois d'orientation, applicables à l'action sociale dans son ensemble. Elles définissent le niveau des cibles d'intervention, structurel, général et individuel, pour le traitement des problèmes sociaux favorisant ainsi une approche globale offerte sur une base locale. Le noyau de la planification des services est au niveau de la communauté locale et les législations sociales définissent un canevas intégré des ressources et des services qui doivent être assurés à travers le pays selon les plans locaux.

7.2 La nature et l'étendue de la responsabilité gouvernementale et non gouvernementale au plan des services

Depuis 1971, après une tradition tri-centenaire d'aide et d'assistance charitable, dominée par les efforts des communautés religieuses et des organismes privés, Québec remblace l'ensemble des lois, des programmes sectoriels et des divers services diocésains, familiaux, protection de l'enfance et autres, par une politique globale. Le ministère des Affaires sociales remplace le

ministère de la Famille et de la Jeunesse et regroupe les secteurs de la santé, de la famille, des services sociaux et de la sécurité du revenu. L'État a pris en charge l'ensemble des services en assurant le contrôle financier au moyen de transferts des argents prévus pour les organismes privés aux établissements prévus par la Loi.

En Suède et en Finlande, l'État central et les municipalités sont les premiers responsables des services sociaux. Ce fait est généralement accepté et supporté politiquement. La tradition d'intervention sociale au niveau local donne une forte base politique à l'organisation des services sociaux. La coordination est assurée par le ministère des Affaires sociales et la Commission du bien-être social aussi bien que par l'intermédiaire des provinces.

7.3 La population couverte par les services sociaux

En principe, chacun des trois pays livre les services sociaux à l'ensemble de la population. Le Québec offre les services de première ligne aux individus, groupes et familles dans les CLSC. Ce sont des services de très courte durée et ils peuvent être donnés en complémentarité avec d'autres programmes socio-sanitaires. Les programmes de consultation conjugale et de thérapie familiale sont moins développés à ce niveau et les liens avec la communauté se font par les groupes de citoyens ou par des programmes qui sont très structurés. En effet, les services continuent de se consolider dans certains programmes spécifiques aussi bien dans les CSS que dans les CLSC. Les CSS sont mandatés pour assumer un rôle de protection et, avec la Loi de la Protection de la jeunesse, les effectifs se mobilisent et les spécialisations de développent pour faire face aux situations critiques, négligeant ou laissant aux cabinets privés le soin de traiter les familles ou les couples qui vivent des troubles moins sérieux.

Il y a peu de marge de manoeuvre en dehors des programmes établis et les services sont rendus rapidement. Il y a peu d'efforts consacrés à une approche globale et préventive pour renforcer le tissu social, qui pourrait rejoindre et aider les individus et les familles en plus grande difficulté. On tend à se limiter aux champs d'intervention statutaires, à l'intervention de crise dans les CLSC.

L'obligation de dispenser des services est liée aux ressources disponibles. Les populations cibles et la nature des programmes peuvent facilement être redéfinies sans qu'il n'y ait de représentations politiques étant donné la nature de la structure et le contrôle ministériel. Il y a une volonté de mettre l'emphase sur les populations plus démunies ou les populations à risque; ceci indique une limitation du discours originel qui visait des services pour tous.

Dans les pays nordiques, il y a une volonté de compléter les services, d'augmenter la spécialisation et la disponibilité pour la population locale surtout en ce qui a trait au soutien à la famille. Cette préoccupation familiale est particulièrement remarquée en Finlande avec l'expansion des cliniques de consultation familiale et infantile, l'obligation statutaire d'offrir des programmes d'éducation familiale dans chaque localité et l'organisation statutaire des services et ressources pour faire face aux problèmes des familles par des services appropriés, secondés par de ressources adéquates.

7.4 Types de programmes dominants

Au Québec, dans la conjoncture actuelle, les services de protection sociale sont nettement dominants, dans le discours et dans la réalité; le droit à une protection sociale est assuré par la Loi, mais pas nécessairement plus qu'une aide rapide en temps de crise. La tendance à confier la responsabilité au milieu naturel et aux groupes communautaires nuit aux travaux préventifs et à la mise en place de supports structurés et nécessaires aux parents et aux familles dans les lourdes tâches qui leur incombent.

Les programmes pour les populations cibles à risque sont de plus en plus standardisés et on se préoccupe peu d'assurer un nombre suffisant de services sociaux professionnels de qualité à la population en général. Au niveau de l'intervention communautaire, on note des lacunes importantes au plan de l'organisation avec le milieu et des supports nécessaires à une participation réelle de tous les citoyens.

Tel que décrit dans les chapitres précédents, les programmes dominants des pays nordiques sont tri-dimensionnels: structurel, général et individuel. Les types de programmes dominants, distribués par les centres de services locaux,

présentent un agencement complet des ressources et des services. On note une émergence des cliniques de consultation familiale et infantile qui s'implantent de plus en plus localement. Les travailleurs communautaires, qui opèrent à partir des centres communautaires, des milieux de vie, des garderies, etc., effectuent la coordination et le signalement de problèmes plus généraux. En Finlande, l'éducation parentale prend de l'importance au niveau local et les groupes, tels ceux du SOFY, effectuent une planification intégrée dans plusieurs municipalités.

7.5 Types de coordination

Au Québec, c'est le Ministère qui assume le travail principal de coordination. En deuxième lieu, il y a les conseils régionaux. Au niveau des CSS, il y a l'Association des Centres de services sociaux, et les CLSC ont leur Fédération. Face aux problèmes de coordination, les organismes de santé et de services sociaux tentent de former une table de concertation afin d'améliorer la collaboration et l'emploi rationnel des ressources.

Dans les pays nordiques, la coordination s'effectue d'abord au niveau local et est contrôlée par la Commission du bien-être social qui travaille avec d'autres commissions locales. La coordination au plan national est assumée par la Commission du bien-être social qui surveille les grandes orientations, consulte et suggère des programmes de formation et de recherche pour réaliser les objectifs. Entre ces deux extrêmes, il y a les autorités provinciales et les fédérations des municipalités.

7.6 Importance du secteur privé, volontariat et pratiques alternatives

Au Québec, le secteur privé et le volontariat, dominants jusqu'aux années '60, sont devenus beaucoup plus restreints. La vitesse des réformes a fait en sorte que l'État s'est installé comme principal définisseur et pourvoyeur des services sociaux. Il y a bien Centraide qui finance les organismes volontaires mais les budgets varient selon les dons des contribuables et les campagnes annuelles. Il y a aussi une autre catégorie de pratique alternative, faite par les groupes populaires pour la défense des droits des plus démunis et pour les gens qui présentent des problèmes particuliers. Ces organisations ont une importance

à cause de leur rôle critique face aux lacunes et aux inégalités du système. Elles sont en partie subventionnées par l'État, par les projets d'éducation populaire et autres. Enfin, un troisième groupe, souvent constitué de religieux, aide les gens qui ne sont pas éligibles aux programmes des établissements (les exclus).

Dans les pays nordiques, le bénévolat représente environ 6% des services. En Suède, la tendance est de se regrouper en fédérations pour promouvoir les intérêts d'un groupe particulier (ex: Fédération des handicapés). En Finlande, une organisation privée, une fondation telle que la Ligue Mannerheim réussit à avoir une très grande importance comme collaborateur de l'État et représente la population en général.

CONCLUSION

Notre étude porte sur les services sociaux de trois pays "nordiques" de culture et tradition différentes mais faisant face à plusieurs réalités identiques, géographique et spatiales, possédant le même type de richesses naturelles et affrontant, en partie, les mêmes réalités sociales et problèmes sociaux. Cette analyse nous a permis de dégager trois mosaïques de relations différentes entre les services sociaux et les éléments qui les déterminent, c'est-à-dire le type de société, son niveau économique et politique et la relation entre l'État et les différentes institutions sociales. Cette étude se situe, dans le temps, comme une recherche exploratoire qui nous permet, à partir d'une première systématisation des informations, d'éclairer la question et d'émettre certaines hypothèses. Elle nous permet aussi de poser des questions encore plus précises et pertinentes qui feront l'objet d'études ultérieures.

Pour en arriver à dégager certains points de comparaison, notre conclusion sera faite en fonction de notre cadre d'analyse et des thèmes développés au début.

Les systèmes de bien-être des trois sociétés possèdent les caractéristiques prédominantes du système institutionnel. Le système québécois, comparativement à la Suède et à la Finlande, se rapproche davantage d'un système institutionnel différé, c'est-à-dire un ensemble d'institutions et de politiques qui s'ajoutent à l'économie et à la politique mais qui sont relativement autonomes et séparés d'elles.

En Finlande et en Suède, le système procède plutôt d'un modèle institutionnel intégré; la politique, les programmes et les services sont en relation avec l'économie et la politique, et le concept de bien-être est intégré dans le projet de société. Ceci est spécialement vrai dans le cas de la Suède. Les services offerts et les prestations sociales sont les plus importants des trois pays: de plus, leur économie est basée sur l'efficacité et la production. L'État et les services sociaux jouent un rôle important en assurant une redistribution des richesses, et en créant les conditions de vie et de support pour maintenir cette productivité. Il est à noter qu'en Suède, il y a un important consensus social et une forte mobilisation ouvrière qui soutiennent les négociations avec le

gouvernement; l'interrelation entre le social et l'économique est reconnue et institutionnalisée.

En Finlande, il y a plus de fragmentation des différentes parties sur le plan politique et la relation entre l'économique et le social est moins articulée et concertée. On réalise que l'État a une très forte responsabilité à tous les niveaux. On s'attaque présentement aux problèmes de la famille et de la jeunesse décelés comme nuisibles à la force et à la solidarité du pays. Il y a une cohérence entre les objectifs définis, les programmes et les moyens mis en oeuvre pour répondre aux problèmes en suscitant une participation significative de la population.

Au plan de la centralisation et de la décentralisation, les modèles de Suède et de Finlande sont du type institutionnel intégré et décentralisé. Les autorités locales prennent les décisions et l'organisation des services et des ressources se fait à partir de ce niveau. Au Québec, le modèle est institutionnel centralisé. Par la réforme des services sociaux, on a centralisé le leadership et le contrôle. Les divisions à l'intérieur du système québécois reflètent plutôt une déconcentration; le Ministère prend les décisions, le milieu réagit en conséquence; il y a de la consultation "at large" mais peu de contrôle local sur les services.

En faisant, à la lumière des données et des informations recueillies, un retour sur les variables retenues dans notre typologie du début sur les modèles résiduels et institutionnels, nous retrouvons le profil suivant:

CARACTÉRISTIQUES DES PAYS SELON LA TYPOLOGIE DU BIEN-ÊTRE

Caractéristiques principales sous-dimensions	Proportion du PNB pour les coûts sociaux	Responsabilité de l'État pour rencontrer les besoins	Éventail des services offerts	Population couverte par la Législation du Bien-Etre	Types de programmes dominants	Standard des bénéfices et services	Type de financement dominant	Importance du contrôle social	Importance du secteur privé Volontariat Pratiques alternatives	Importance des services de prévention
FINLANDE	Plutôt grande	Optimale	Extensif	Majorité	Universel	Moyen	Taxation sources gouvernementales	Moyenne	Limitée	Grande
SUÈDE	Grande	Optimale	Extensif	Majorité	Universel	Haut	Taxation sources gouvernementales	Minimale	Limitée	Grande
QUÉBEC	Moyen	Au-dessus de la moyenne	Certaine limite	Majorité	Universel et sélectif	Inégal (Seuil de la pauvreté)	Taxation sources gouvernementales	Élevée	Assez grande	Limitée

En Finlande et en Suède, malgré une différence entre les niveaux de bénéfices, il y a une reconnaissance optimale de la responsabilité de l'État de répondre aux besoins et un large éventail de services universels sont offerts à la majorité de la population. Le contrôle social exercé en Finlande prend la forme de recherches-action multiples soutenues et intégrées par les différents ministères qui les formulent et les appliquent à plusieurs régions à la fois. Les organismes non subventionnés par l'État sont limités dans les deux cas mais en Finlande, l'Institut Mannerheim exerce une influence importante au sein de l'évolution des pratiques sociales. En Suède, les fédérations, en particulier la Fédération des handicapés, ont eu beaucoup d'impact.

Au Québec, la responsabilité de l'État est définie par la loi. Il y a des limites à l'éventail des services offerts, (en tenant compte des ressources disponibles) et on note même une tendance à un retour à la sélectivité dans les services. Le niveau des prestations et des services est inégal, malgré l'importance donnée à un contrôle central. Le secteur des pratiques alternatives prend de plus en plus d'envergure. Ces pratiques apportent une force critique pour défendre les droits des plus démunis, et maintenir l'exigence de la redistribution des services et des bénéfices. Il y a aussi de nouveaux types de bénévolat qui émergent pour répondre aux gens qui ne sont pas éligibles aux services et aux programmes statutaires. Ce qui distingue le plus la Suède et surtout la Finlande du Québec, ce sont les efforts faits au niveau de la prévention; dans les deux premiers pays tout le système tend vers la prévention alors qu'au Québec, on peut déplorer de sérieuses lacunes sur ce plan.

Les contextes socio-politiques aussi sont différents. En Suède et en Finlande, il y a un consensus social sur le rôle de l'État. L'orientation des objectifs sociaux et leur expression concrète dans l'agencement des services et des bénéfices sont accompagnées d'un souci de recherche-action et supportées par les recherches et la formation.

Plusieurs des programmes et des réalisations décrites ci-haut pourraient être adaptés au Québec. Cependant, il nous faut aussi un cadre général cohérent à partir duquel nous pourrions orienter nos actions; il faut aussi la participation réelle des différents groupes en présence dans un projet de société. Ce n'est pas le temps de reculer. Si les résultats de la Commission Castonguay-

Nepveu sont mitigés, la réflexion vient de s'amorcer. Il faut travailler les aspects de la qualité de vie, de la qualité de l'environnement, le sentiment d'appartenance à cette société et, à cette fin, l'État a encore un rôle important à jouer.

RÉFÉRENCES

INTRODUCTION

1. Mishra, Ramesh. Society and Social Policy, London, MacMillan, 1981.

2. Titmus, Richard. Social Policy, London, Allen & Uhwin, 1974.

   Wilensky, H. Et Lebeaux, C. Industrial Society and Social Welfare, New York Free Press, 1965.

   Armitage, A., Social Welfare in Canada, Toronto, McClellan et Stewart, 1975.

   Mishra, Ramesh, op. cit.

   Guest, Denis. The Emergence of Social Security in Canada, Vancouver, University of British Columbia, 1985.

3. George, V. et Wilding, P. Ideology and Social Welfare, London, Routledge et Kegan Paul, 1982.

   Wilensky, H. et Lebeaux C., op. cit.

4. Korpi, Walter. Social Conflict and Distributional Conflict in Capitalist Democracies, West European Politics, Vol. 3, Oct. 1980.

5. Mishra, Ramesh, The Welfare State in Crisis, Social thought and Social Change, Sussex, G.B., Wheat Sheaf Books Harvester Press, 1984.

6. Mishra, R. op. cit.

7. D'après les thèses développées par Korpi, W. et Mishra, R., op. cit.

8. Mishra, R. "Policy and Administration: Towards a Two-Dimensional View of Social Welfare", Canadian Review of Social Policy, numbers 16-17, Oct. 1986 - jan. 1987

CHAPITRE I

1. Finland, Health Services in Europe, Yearbook of Nordic Statistics, Nordic Council.

   Elinolosuhteet, Living Conditions, 1950-1975, no 58, Helsinki 1977.

2. Sweden, Health Services in Europe, Yearbook of Nordic Statistics, Nordic Council.

3. Eliassen, Knell. "Political and Public Participation", Nordic Democracy, Copenhague, Det Dawske Selskab, 1981.

4. Nils, Andren. "Five roads to Parliamentary Democracy", Nordic Democracy, op. cit. 1981.

5. Petrén, Gustaf. "Government and Central Administration", Nordic Democracy, op. cit. 1981.

6. Ibid.

7. Stahlberg, K. "Local Government", Nordic Democracy, op. cit. 1981.

8. Elvander, N[illegible] "State Intervention and Economic Freedom", Nordic Democracy, op. cit.

"La Coopération en Suède", Institut Suédois FD43, Oct. 1983.

9. Kunle, S. "Welfare and the Quality of Life", Nordic Democracy, op. cit. 1981.

10. Usitalo, Hannu, Comparative Research on the Determinants of the Selfare State, Helsinki, 1983, mimeo.

11. Johanson, S. Towards a Theory of Social Reporting, Stockholm 1979 dans J.P. Roos "Sur la notion du bien-être et la politique sociale dans les pays nordiques", mimeo, 1985

Allardt, E. Having, Loving, Being, Porvoo, 1976.

Roos, J.P. "Sur la notion du bien-être et la politique sociale dans les pays nordiques" Conférence Université Laval, 1985.

12. Drewnowski, J. "Studies in the Measurement of Levels of Living and Welfare" UN Research Institute for Social Development, Rapport 70.3 Geneva, 1970.

13. Robert, Erikson, Rune, Aberg (ed.) dans Roos, J.P. "Sur la notion du bien-être et la politique sociale dans les pays nordiques", 1985.

14. Roos, J.P. op. cit.

15. Swedner, Harald "A collage about the Ethics of Social Welfare in the Nordic countries", Gothenburg, Feb. 1987, mimeo.

16. Swedner, Harald, Idem.

17. Swedner, Harald, Reform of the Social Welfare Services, Malmö, 1981.

18. Allardt, Eric Having, Loving, Being, op. cit.

19. Social Welfare in Finland, Helsinki, 1986.

20. Swedner, Harald, op. cit.

21. Réalités du Québec, Gouvernement du Québec, mars 1984.

22. Hocklin, T.A., Government in Canada, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1976.

23. Bélanger, E.C., "The Emergence and Development of Social Welfare in Quebec, Retrospective and Prospective" conference International Council of Social Welfare, Turku, Finland, 1985.

24. La Santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986, Ministère de la Santé et Services sociaux, 1986.

25. Guest, Dennis, Emergence of Social Security in Canada, Vancouver, University of British Columbia Press, 1981.

CHAPITRE II

1. Future Development of Finnish Social Policy, Ministry of Social Affairs and Health, 1984.

2. Living Conditions in Finland.

Harju, Pertti, Social Planning in Finland, Mimeo, Université McGill, 1984.

2. Social Policy in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1984.

3. Ibid.

4. Action sociale en Finlande, Ministère des Affaires sociales, Helsinki, 1981.

Social Welfare in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1986.

5. The National Board of Health and Welfare, Social Styrelsen, Stockholm, 1983.

6. Social Insurance in Sweden, Swedish Institute, Stockholm, mars 1986.

Support for the handicapped in Sweden, Swedish Institute, Feb. 1980.

Social Welfare in Finland, op. cit.

7. Action sociale en Finlande, op. cit. 1981.
   Social Policy in Finland, op. cit., 1984.

   Finnish Local Government, Assocaition of Finnish Cities, Helsinki, 1981.

8. Finnish Local Government, Idem.

   The Swedish Municipal Association, Stockholm, 1983.

9. Action sociale en Finlande, op. cit. 1981.

10. Social Policy in Finland, op. cit.

CHAPITRE III

1. Social Policy in Finland, Ministère des Affaires sociales, Helsinki 198

2. Ibid.

3. Structure of Finnish Pension Security, Helsinki, 1981.

4. Social Welfare in Finland, Ministry of Social Affairs, 1983.

5. Social Policy in Finland, op. cit.

6. Idem.

7. Social Insurance in Sweden, Stockhom, 1984.

8. Ibid.

9. Ibid.

10. Family Pensions, Ministry of Healt and Social Affairs, Stockholm, 1981
    Social Insurance in Sweden, op. cit.

11. Ibid.

12. Family Pensions, Ministry of Health and Social Services.

13. Social Policy in Finland, op. cit.

14. Social Insurance in Sweden, Structure of Finnish Pension Security.

CHAPITRE IV

1. Swedner, Harald, One Collage about Ethics and Social Welfare in Sweden, Gotenburg, February, 1987.

2. Swedner, Harald, Sventlessle, Recent Developments in Social Work in Sweden. Department of Social Works Gothenburg, University Gothenburg, 1986.
   Sipila, Jorma, Pauvres traditionnels et nouveaux pauvres (les exclus), Turku, 1985.

3. Swender, Harald. Reform of the Social Welfare Services, Malmo, 1981.

4. Idem.

5. Saeterdal, Anna, Planning as a Method in Social Work, Nordplan 1983.

   Brokett, Suzanne, Utilizing local Resources in Planning an Implementation of Politics and Services in Norway, May 1983.
   Lindholm, Kerstein, Planification Social, Nordplan, 1983.

6. Saeterdal, Anna. op cit.

7. Lindholm, Kerstein, Planification Social, Nordplan, 1983.

8. Harju, Pertti, The Coordination of Social and Physical Factors in Developping Residential Areas, Helsinki, Universiy of Technology, Finland, 1985.

9. Saeterdal, Anna, op. cit.

10. Swender, Harald, Human Welfare and Action Research in Urban Settings.

11. Idem.

12. Brokett, Suzanne, op. cit.

13. Swender, H., op. cit.

14. Social Policy in Finland, Ministry of Social Affairs and Healt, Helsinki, 1984.

15. Op. cit.

CHAPITRE V

1. The Social Welfare Act of Finland, 1982.

2. Idem.

3. Child Welfare Act, Helsinki 1985.
Handicapped Persons Act, 1980.
Law concerning Alcoholics, 1971.

4. Social Welfare in Finland, 1983.

5. National Plan for the Arrangement of Social Welfare 1987-1991, Ministère des Affaires Sociales, September 25, 1986.

6. Social Welfare in Finland, op. cit.

7. Idem.

8. Association des travailleurs sociaux en Finlande, mimeo 1983.
Statistiques obtenues de la direction de la Planification des services sociaux, Helsinki, mai 1987.

9. Social Work Education in the Nordic Countries, 1983.

10. The Role of Non-Gouvernmental Agencies in Finland, mimeo 1983.

11. The Mannerheim League for Chid Welfare, Some turning points of family education and preventive work of the League. 1965-1986.

12. Position and Participation of Clients - A key Question in Advancing Social Policy, National Board of Welfare, Helsinki, sept. 1987.

13. Harju, Pertti, op. cit.

CHAPITRE VI

1. Social Services Act, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1981.

2. Idem.

3. Care of Young Persons Act, 1981.
Care of Alcoholics and Drug Abusers Act, 1982, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.

4. Social Welfare Legislation in Sweden, Current Sweden, May 1985.

5. Idem.

6. Idem.

7. Social Work Education in the Nordic Countries, 1983, miméo.

8. Statistiques fournies par Prof. Harald Swedner à partir des statistiques officielles.

9. Social Work Education, op. cit.

10. Lindholm, Kerstein, Established Social Services vs. New Social Initiatives, Frankfort 1984.

11. Reform of the Social Welfare Services, Malmo, 1981.

12 Swedner, Harald, Social Welfare and Action-Research in Urban Settings.

13. Swedner, Harald, A collage about Ethics of Social Welfare in Swenden, op. cit. 1987.

CHAPITRE VII

1. Swedner, Harald, op. cit.

2. Beaudoin, André,
"Les différences et les ressemblances entre la politique des services sociaux au Québec et en Colombie-Britannique depuis 1970", 3rd National Conference on Provincial Welfare Policy, Banff, Avril 1987.

3. Québec, Loi des services de santé et des services sociaux, 1971.

4. La Santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986, Ministère des Affaires Sociales, 1986.

5. Bélanger, Elaine Carey-Bélanger, op. cit.

BIBLIOGRAPHIE

INFORMATION GÉNÉRALE

ALLARDT, Erik: Hyvinvoinniu u lolluvuuksia, Loving, Having, Being, Porodo, Finland 1976.

ALLARDT, Erik; ANDREN, Nils et al: "Ideas, Issues and Institutions in Politics, Economy, Education, Social and Cultural Affairs of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden, Nordic Democracy, Det Dawske Selskab, Copenhague, 1981.

KORPI, Walter: "Labour Movements and Industrial Relations" KUHNLE, Stein: Welfare and the Quality of Life"
HAAVIO-MANNILA, ELINA: "POSITION OF WOMEN"
ELIASSEN, Kiell A.: "Organizations and Pressure Groups"
ELVANDER, Nils: "State Intervention and Economic Freedom"
BERGLUND, Sten et al: "Political Party Systems"
ELIASSEN, Kjell: "Politican and Public Participation"
PETREIN, Gustaf: "Government and Central Administration"
STAHLBERG, Krister: "Local Government"
LEMBERG, Kai: "National, Regional and Local Planning"

JARRE, Dirk, et.: New Social Initiatives in European Countries, European Expert Meeting, Frankfort, Federal Republic of Germany, November 1984, International Council on Social Welfare, European Region and European Center for Social Welfare Training and Research, Vienna Austria.

KUHNLE, S.: "The Beginnings of the Nordic Welfare States: Similarities and Differences". Acta Sociologica, Journal of the Scandinavian Sociological Association, Editor J.P. Roos, Helsinki, Vol. 21, 1978.

PARTANEN, J.: "Welfare, Politics and Way of Life: Research orientations in Scandinavia". Acta Sociologica, Journal of the Scandinavian Sociological Association, Editor J.P. Roos, Helsinki, Vol. 21, 1978.

ROOS, J.P.: Welfare Theory and Social Policy, Helsinki, 1973.

ROOS, J.P.: "Sur la notion du bien-être et la politique sociale dans les pays nordiques". Conférence, Université Laval, septembre 1985.

ÉTUDES COMPARATIVES

ALLARDT, E. et WESOKOWSKI, W. Social Structure and Change: Finland and Poland, Polish Scientific Publishers, Wavszawa, 1980.

CASTLES, Francis G., The Social Democratic Image of Society: A Study of the Achievements and Origins of Scandinavian Social Democracy in Comparative Perspective, London, 1978.

FLORA, Peter and HEIDENHEIMER, Arnold Eds, The Development of Welfare States in Europe and America, New Brunswick, N.J., 1981.

HECLO, H., Modern Social Politics in Britain and Sweden, Yale University Press, 1974.

HIGGENS, Joan, States of Welfare: Comparative Analysis of Social Policy, New York St. Martin's Press, 1981.

HIGGENS, Joan, "Unlearnt Lessens from America", Community Development 15:105-9A, p. 80.

JONES, Catherine, Patterns of Social Policy: An Introduction to Comparative Analysis, London, New York, Tavistock Publications, 1985.

KAIM-CANDLE, P.R., Comparative Social Policy and Social Security: A ten-Country Study, Martin Robertson, 1973.

KAHN, A.J.; KAMERMAN, S.B., Income Transfers for Families with Children: an Eight-Country Study, Philadelphia, Temple University Press, 1983.

KAHN, A.J.; KAMERMAN, S.B., Not for the Poor Alone: European Social Services, Philadelphia, Temple University Press, 1975.

KAHN, A.J.; KAMERMAN, S.B., Social Services in International Perspective: The emergence of the Sixth System, Washington, USPGPO, 1977.

KARVONEN, Lauri, "Semi-Domestic Politics: Policy Diffusion from Sweden to Finland", Cooperation and Conflict 16: 91-107, no 2, 1981.

KORPI, Walter, Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies: A preliminary comparative Framework, Reprint Series no 65, West European Politics, Vol.3, October "80, Special Issue on Public Policy Comparisons, Scandinavia, Ed. Arnold J. HEIDENHEIMER.

MISHRA, Ramesh, The Welfare State in Crisis, Social Thoughtaayd Social Change, Sussex, G.B., Wheatsheaf Books, Harvester Press, 1984.

OYEN, Else, "The American Welfare State: A View from Scandinavia", paper mimeo, 1983.

RIMLINGER, G.V., Welfare Policy and Industrialisation in Europe, America and Russia, New York, Wiley, 1971.

RODGERS, B.N.; GREVE, J. and MORGAN, J., Comparative Social Administration, 2nd Edition, Allen and Unwin, London, 1971.

RODGERS, B.N., Comparative Studies in Social Policy and Administration, H. Heisler Ed., Foundations of Social Administration, MacMillan, 1977.

WILENSKY, Harald, Comparative Social Policy: Theories, Methods, Findings, Research Series, Institute of International Studies, University of California, Berkeley, no 62, 1985.

WILSON, T. Aerschot; P. HAMMON, M., Prison and Probation service Compared, Finland, England and Wales, Northeast London Polytechnic, 1984.

USITALU, Hannu, Comparative Research on the Determinants of the Welfare State, Mimeo, University of Helsinki, 1983.

GÉNÉRALE **FINLANDE**

Finnish Local Government, Association of Finnish Cities and Finnish Municipal Association, 1981.

Living Conditions in Finland. Central Statistical Office of Finland, Brotherus, Helsinki, 1984.

PERSONNES AGÉES

Aging in Finland: Finninsh National Report for the World Assembly on Aging, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1982.

ÉCONOMIQUE

A Survey of the Prospects for the Finnish Economy and State Finances to 1986, Ministry of Finance, Helsinki, 1982.

ENFANCE ET JEUNESSE

Child Guidance Work in Finland, Sosiall Thallitus, National Board of Welfare, Helsinki: Finland.

Child Welfare Act.
Child Custoday and Right of Access Act. Helsinki: Finland 1985. Central Union for Child Welfare in Finland, Sirsa Utriainen, Ed.

Childhood in Finland, Central Union for Child Welfare in Finland, Helsinki, 1983.

FAMILLE- ENFANCE **FINLANDE**

Mannerheim Leage for Child Welfare, Helsinki, March 1987

The Mannerheim League for Child Welfare
- a brochure of the League

For the Good at the Child -
New material from the Mannerheim League for child Welfare of use in training the very young, especially in day care

A birth in the family encourages the father to take part in family life and child-raising
Mannerheim League for Child Welfare 1981

Education is needed, but what kind?
Mannerheim League for Child Welfare 1985

Développement de la formation systématique et compréhensive des parents et ses méthodes en Finlande
Mannerheim League for Child Welfare 1984

Systematic parent education plan
General aims of the activation program
Mannerheim League for Child Welfare 1987

Developing new methods in family education: Report on Finnish procedures in the OECD/CERI-project the education role of the family
Mannerheim League for Child Welfare

Why are new methods needed in the preveniton and treatment of child abuse and similar family problems
Mannerheim League for Child Welfare 1986

Summary of Nordic meeting on educational role of the family
Helsinki May 13-14, 1986

Education for peace as a task of parent education
Toivo Rönkä in European Psychologists for Peace Conference in Hensinki, August 8-10, 1986.

The Work of the Children's ombudsman in Finland
Mannerheim League for Child Welfare 1985

Nursemaid circles for ill children
Mannerheim League for Child Welfare 1986

The development of the professional and practical skills of municipal homemakers
Leila Simonen at the Third International Symposium
Montreal, Canada, July 27-31, 1984

Summary on the project for the Development of the Professional and Practical Skills of Communal Homemakers in Long-term Work. Report on the Child A 41
Mannerheim League for Child Welfare 1983

Nurmes community work. Description of activities on the 31st of August in 1979. Leena Sarola and the Nurmes community work team.
Mannerheim League for Child Welfare 1980

Some turning points of family education and its preventive aspects in the work of the Mannerheim League for Child Welfare 1965 -1986

MARKKU, Liliestrom, Youth Policy in Finland, Civic Education center in cooperation with the Ministry of Education, Helsinki, 1981.

MAICSCULA, Routanen, E. Phd, Who is responsible for child Welfare in Finland, The Finnish Child Welfare Association, Helsinki, 1984.

FAMILLES

Objectives of Family Policy, Government Report to Parliament, 1982.

Objectives and Development of Family Policy. Main Problems in Family Status and Lines for Developing Family Policy and Services. Ministry of Health and Social Affairs, Helsinki, 1985, English version.

LOGEMENT

KOSKIAHO, Briitta, Social Deprivation and Housing Policy. Social Services and Policy Outcomes, Tampere, Finland, 1983.

HARJU, Pertti, The Coordination of Social and Physical Factors in Developing Residential Areas ("Sofy Project"), Center for Urban and Regional Studies, Helsinki University of Technology, Otakaari, Espoo, 1985.

POLITIQUE SOCIALE

Future Development of Finnish Social Policy, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1984.

Social Policy in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1984.

URPONEN, Hyösti, The Situation of the Relationship between Social Policy and Social Welfare, September 1986.

RELATIONS INDUSTRIELLES

KAUPPINEN, Timo, Industrial and Labour Relations in Finland, Committee for Industrial and Labour Relations, Helsinki, 1981, "Labour Laws, Labour Protection, Social Security".

Labour Protection in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1980.

SÉCURITÉ SOCIALE

SALAUVO, Kari, Income Redistribution in Finland (Mimeo)

Structure of Finnish Pension Security, Central Pension Security Institute Helsinki, 1981.

The Private Sector Employment Pensions Scheme in Finland, Central Pension Security Institute, Helsinki, 1981.

SERVICES SOCIAUX, AIDE À L'ENFANCE

Home Help in Helsinki; Municipal Home Help Act, Social Welfare Committee, Helsinki, 1980.

SERVICES SOCIAUX, BIEN-ÊTRE SOCIAL

L'Action Sociale en Finlande, Ministère des Affaires Sociales, 1980.

National Plan for the Arrangemnet of Social Welfare in 1987-1991, Approved by the Council of State on Presentation by the Minister of Social Affairs and Health, September 25, 1986 (Mimeo). "Social Services: Objectives, Guidelines, Subsidies".

Position and Participation of Clients - A Key Question in Advancing Social Policy, National Board of Welfare, Helsinki, Sept. 1987

RITAWO, Maija, "Prospects of Development in Social Welfare and Social Work", Mimeo.

RIIHINEN, Olavi, Politique Sociale et Société post-industrielle, Rapport de base, 13e colloque sur l'action sociale, Turku, Finlande, 1985.

SATKA, Mirja, Issues and Functions of Social Work Education, 1983.

SATKA, Mirja, "Review of Finnish Social Work in the 1980's", Mimeo 1986.

SIPPONEN, Kauko, Poverty and Affluence in the Welfare Society, National Social Policy Conference, Jyvaskyla, Finland, October 1983.

Social Welfare in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1980.

Social Review, Ministry of Social Affairs and Health, 1984-86.

The Social Welfare Act of Finland (710/82), September 17, 1982.

SIPILA, Jorma, Pauvres traditionnels et nouveaux pauvres (les exclus), Rapport de base 13e colloque sur l'action sociale, Turku, Finlande, 1985.

Struggle for equal opportunity. Strategies for Social Welfare Action, Report of the Finnish Committee, International Conference on Social Welfare Puerto Rico, July 1976. "Access to Services in the Attainment of Social Welfare Rights". Jorma Sipila, D. Soc., Sc.

SERVICES SOCIAUX, PROBATION

Karsika, V., After Care in a Prison Release Situation. Ministry of Justice, Helsinki, 1977.

The Interrelationship between the Community based correction and the Public Welfare System, Ministry of Justice, Helsinki, 1977.

SERVICES SOCIAUX, SANTÉ

FINLANDE

HEALGU VASKI LAMPI, T., "Sociological aspects of Community based health intervention programmes: the North Karelia Project" Épidémologie et santé publique, 1981, 29; 1 87.

STATISTIQUES

KAUSALTIS-OSAKE-PANKKI, Finland in Figures, November 1984.

"Finland in Figures", Central Statistical Office of Finland, Helsinki, 1982, 1983, 1984, 1985.

Official Statistics of Finland, National Board of Social Welfare, Bureau for Planning and Statistics.

GÉNÉRALE — NORVÈGE

Facts about Norway, 1984.

PERSONNES ÂGÉES

Elderly Norwegians, The Norwegian Institute of Gerontology, 1982.

GUNTVEDT, Odd, Services, Housing and Institutions for the Elderly in Norway, Norwegian Institute of Gerontology No 1, 1982.

SALVESEN, Kaare, Norwegian Policies on Aging, National Council for the Elderly, 1986.

ÉDUCATION POUR SERVICE SOCIAL

HAUGE, Britt, Social Work Education in Norway, (mimeo), Sept. 27, 1983.

ENFANCE ET JEUNESSE — NORVÈGE

Commissioner for Children in Norway, Norway Information, Jan. 1982, Annual Report of the Commissioner for Children, Norway 1982.

Day Care Centers in Norway, Royal Norwegian Ministry of Social Affairs, 1986.

Children and Parents, Royal Norwegian Ministry of Social Affairs, 1984.

La protection de l'enfance en Norvège, Royal Norwegian Ministry of Social Affairs, 1983.

Norwegian Child Welfare, Norway Information, June 1983.

HANDICAPÉS

The Disabled in Norway, Royal Norwegian Ministry of Social Affairs, December 1982.

Health Sports in Norway, Royal Norwegian Ministry of Social Affairs, September 1983.

PLANIFICATION SOCIALE

BROCKETT, Susan, Utilizing Local Social Resources in Planning and Implementation of Policies and Services in Norway, mimeo, May 1983, IFHP Congress in Lisbon, Portugal.

SAETERDAL, Anne, Planning as a Method in Social Work, Norwegian Institute of Urban and Regional Research Oslo, Norway, August 1983, mimeo.

POLITIQUE SOCIALE, LÉGISLATION SOCIALE

BOHLIN, Kjell, Social Policy in the Post Industrial Age, The Case of Norway, Regional Symposium of Social Welfare Turku Finland, June 1985.

Equal Status between Men and Women, Norway Information, March 1983.

Reply from Norway to the UN questionnaire on National Organization Arrangements for Social Welfare including the welfare of children, families, youth, disabled persons and the aging (mimeo 1983).

SALVESEN, Kaave, Norway's Social Welfare, social legislation, administration and services.

NORDLI, Odva, Social Policy in Norway in Post war years, Symposium International Council on Social Welfare, Kristian Saand Norway September 1979.

Survey of Norwegian Laws under the Ministry of Health and Social Affairs, Oslo, August 1983.

Norwegian Policy on Alcohol, Royal Ministry of Social Affairs, July 1980.

Temperance Welfare, Royal Ministry of Social Affairs, June 1976.

Social Security in Norway, Royal Ministry of Social Affairs, 1976.

SERVICES SOCIAUX, SÉCURITÉ SOCIALE, BIEN-ÊTRE SOCIAL

Social Care Act, Ministry of Social Affairs, 1980.

LAND, Hilary; ROSE, Hilary, Compulsory Altruism for some or an Altruistic Society for All, 1985 (mimeo).

LEIRA, Arnlang, Mothers, minders, markets, formal and informal caregiving, the case of Child Care, Institute of Social Research, Oslo, Norway, 1985 (mimeo).

LEIRA, Arnlang, Work and Care in an Urban Neighborhood, Institute of Social Research, Oslo, Norway, 1985 (mimeo)

WAERNESS, Kari, Informal and Formal Care in Old Age - What is wrong with the New Ideology of Community Care in the Scandinavian Welfare States today, Conference on gender divisions and policies for Community Care, University of Kent at Canterbury, April 1985.

WAERNESS, Kari, "The Invisible Welfare State: Women Work at Home", Acta Sociologica, 1978.

WAERNESS, Kari, Caregiving - On the Rationality of Caring, Conference, The Transformation of the Welfare State: Dangers and potentiality for women, Bellagio, Italy, August 1983.

Voluntary Action in Health and Welfare Services, Royal Ministry of Social Affairs, October 1985.

Public Assistance and Social Care in Norway, Royal Ministry of Social Affairs, October 1984.

SALVESEN, Kaare, Voluntary Action in Social Welfare, Royal Ministry of Social Affairs, November 1979.

Voluntary Action in Social Development, Ministry of Health and Social Affairs, Oslo 1982.

Social Insurance in Norway, National Insurance Institution, Sept. 1981.

Norwegian Social Insurance Scheme, January 1984.

STATISTIQUES

Norges Offisielle Statistikk, 1981-82-83-84, Central Bureau of Statistics, Norway.

GÉNÉRALE — SUÈDE

CHILDS Marquis W., Sweden: The Middle Way, New Haven 1936 - in Sweden, Care in the Community, London 1983.

HEDSTROM, Peter, State and Society in Democratic Politics, Harvard University, Dept. of Sociology, 1983.

La coopération en Suède, Institut Suédois, FD 1983.

MYERSON, Per-Martin, The Welfare State in crisis the case in Sweden, Federation of Swedish Industries, Stockholm, 1982.

TOMASSON, Richard F. Sweden: Prototype of Modern Society. New York, 1970.

PERSONNES ÂGÉES

BRATTHAL, Kenneth Flexible Retirement and the New Partial Pension Scheme. Industrial Gerontology, Vol. 3, Number 3, 1976.

Caring for the Aged in Welfare Society, Liberforlag, 1982.

"Encadrement du troisième âge en Suède", Feuillet de documentation sur la Suède, 1, Institut suédois, août 1985.

HELANDER, Jan, Living young longer - the untested possibilities of preventive gerontology, Social change, December 1978.

Le Bien-être des personnes âgées et la collectivité - possibilités actuelles et futures, Administration des affaires sociales de la commune de Linkoping, Conseil général du Département de l'Ostergotland, 1981.

REINIUS, Lidmar Karin editor, The elderly and their environment, 1984, Research grant from Swedish Council for Building Research to sporrong, Arkitektgrupp, Stockholm, 1984.

SUNDSTROM, Gerd, "Old Age care in Sweden - a task for the Government or the family?" - Current Sweden - Swedish Institute, Stockholm, August 1983.

SUNDSTROM, Gerd, A Swedish report to the world Assembly on Aging, 1982, Just another age, Ministry of Health and Social Affairs.

VIKLUND, Elisabet; SODERSTROM, Bengt, Housing, care and service for Elderly and Old People, the situation in Sweden 1986, Ministry of Housing and Physical planning and the ministry of Health and Social Affairs, 1986.

BIEN-ÊTRE

BOARD, Joseph, "Only Human: The Quality of Life Debate in Sweden", Current Sweden, 1980.

ERIKSON, Robert, "L'évolution actuelle du bien-être en Suède", Actualités suédoises, mars 1985.

FORSBERG, , Mats, "The Evolution of Social Welfare Policy in Sweden", Current Sweden, 1984.

HEDSTROM, Peter, "Disability Pension: Welfare or Misfortune", dans R. Erikson et al, Welfare States and Welfare REsearch: the Scandinavian Model, New York, M. Sharp, 1984.

LAGERGREN, Marten, "What is happening to care in Society", Current Sweden, 1983.

"L'ombudsman en Suède", L'Institut suédois, octobre 1985.

Reform of the social welfare services, Utbildnings production, AB, Malmo 1981.

SWEDNER, Harold, Human Welfare and Action Research in Urban Settings, Delegation for Social Research, Stockholm 1982.

SWEDNER, Harold, "A Collage about the Ethics of Social Welfare in Sweden", Gotenburg, February 1987.

ENFANCE ET JEUNESSE

ADAMS, Amelia, Sweden and the International year of the Child, Swedish Institute, Stockholm 1980.

Adoption in Sweden, National Board for Inter Country Adoptions, 1980.

"Anti-spanking" Law, Sweden 1979.

Can you bring up children successfully without smacking and spanking?, Stockholm, 1984.

Child Care amenities in Stockholm, Social Welfare Administration, Stockholm 1985.

Daycare for small children, Debate report from the Family Aid Commission, STockholm, January 1979.

The Defenseless Child, Report from series of seminars on the prevention of child abuse and neglect, Swedish Embassy, Washington, D.C. 1981.

EHREMPREIS, Theodor, Prevention of Childhood Accidents in Sweden, Swedish Institute, Stockholm, 1976.

Financial Assistance to families with children, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1979.

HOWARD, Frances "The Children's ombudsman in Sweden: Spokesperson for all children", Social Change, 1981.

JAFFE, Kenneth, "The politics of child care", Social Change, April 1979.

The Ombudsman and Child Maltreatment, Radda Barnew, ("The Swedish save the children Federation"), Stockholm, Sweden, 1980.

Parental Insurance in Sweden, Ministry of Health and Social Affairs Internatinal Secretariat, Stockholm, 1977.

The Swedish Act on Employment in youth teams with public employers, Ministry of Labour, Arbetsmarknads Departemento, Stockholm, January 1985.

The Swedish child care leave Act, Ministry of Labour, Stockholm, 1985.

FAMILLES

EKDAHL, Bertil "La garade des enfants et quelques aspects connexes du droit familial suédois", Actualités suédoises, 1984.

"Family Planning in Sweden", Fact Sheets on Sweden, Swedish Institute, April 1985.

Family Care of Drug Addicts in Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1983.

HERRSTROM, Staffan, "La politique familiale en Suède à la veille des élections de 1985", Actualités suédoises, mai 1985.

LINDBLOM, Paul, "La politique familiale suédoise: problèmes, programmes et perspectives", Actualités suédoises, août 1986.

LAMB, Michael, "Parental Leave in Sweden - Behavior and attitudes of highly involved fathers and their wives", Social Change, Stockholm, 1984.

LILJESTROM, Rita, "Integration of family policy and labor market policy in Sweden", Stockholm, 1979.

MELSTED, Lillemor, "Sweden Family Policy", Social Change, Stockholm, July 1979.

REIMEN, Rita Ann, "Work and Family life in Sweden", Social Change, Stockholm, April 1986.

STIBMER, Inga-Britt, Experiences in working with maltreated children, Malmo, 1981 (Mimeo).

SUNDSTROM, F. "Parenthood Education, a reform to support the Family", Current Sweden, Stockholm, June 1983.

TROST, Jan, "Parental benefits - a study of men's behavior and views", Current Sweden, Stockholm, 1983.

HANDICAPÉS

BECKMAN, Mats, Building for everyone, Devaidsons Boltryckeri, Stockholm, 1976.

"

CARLSSON, Folke and Barbro, Social Welfare and Handicap Policy in Sweden", Current Sweden, Swedish Institute, 1982.

GARDESTROM, Linnea, "A way of life for the Disabled", Current Sweden, December 1976.

GRUNEWALD, Karl, "Les déficients mentaux en Suède - Une nouvelle législation tendant à la normalisation", Actualités suédoises, avril 1981.

Handicap Policy in Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1981.

Housing with day and night service for the severely disabled, Swedish Institute for Handicapped, 1979-80.

Independent dwelling day and night services of the disabled, De Handikappades Riksforbund, Stockholm, 1975.

"L'aide aux personnes handicapées", Feuillet de documentation sur la Suède, Institut suédois, 1984.

LEWANDER, Anders and MILLER, Sam, "The disabled in Sweden handicaps and Recreation", Current Sweden, January 1982.

Measures in Sweden to provide employment for handicapped persons, The Ministry of Labour, Stockholm, 1980.

A New Service for the Mentally handicapped, The Committee on spoken Newspapers, Ministry of Education and Cultural Affairs, Stockholm, 1985.

Swedish Program of Action concerning Disabled persons, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1981.

The Swedish Institute for the Handicapped, Liber Tryok, Stockholm 1981.

The Swedish Institute for the Handicapped - Survey, Swedish Institute for the handicapped, 1974.

LÉGISLATION SOCIALE — SUEDE

La Législation suédoise en matière de Service social, Feuillet de documentation sur la Suède, 1984.

NASENIUS, Jan, "New social Services Legislation" Current Sweden, May 1984.

Social Services Act, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, November 1981.

Social Services Act and Care of young persons (special provisions) Act, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, November 1981.

Care of Alcoholics and drug abusers Act, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1982.

"Social Welfare Legislation in Sweden", Current Sweden, Stockholm, May 1985.

The Swedish Act on Equality between women and men at work, Ministry of Labour (Arbetsmarkmads departementet), Stockholm, March 1985.

SÉCURITÉ SOCIALE ASSURANCE PENSIONS

AGELL, Anders, Social Security and Family Law in Sweden with special reference to the one parent family, United Kingdom, Law Series, 1982.

Family Pensions, Swedish Ministry of Health and Social Affairs pensions committee, Stockholm, 1981.

LAGERSTROM, Lennart: "Pension Systems in Sweden", Current Sweden, October 1979.

National Insurance Act, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, 1975.

Pensions in Sweden, SPP Konsultab, Stockholm 1984.

"Social Insurance in Sweden" Current Sweden, Stockholm, March 1986.

The Swedish National Pension Insurance Fund annual report, Stockholm 1980, 1982-1985.

Useful Information on Social Security, compiled by the National Social Insurance Board, Stockholm, 1985.

SERVICES SOCIAUX **SUEDE**

Information for Immigrants, Social Services, Stockholm, 1983.

JOHANSSON, Max Center for Primary Care and Social Services, Karlstad, 1983.

LINHOLM, Kerstin, "Established Social Services vs New Social Initiatives", New Social Initiatives in Europe, Frankfort, 1984.

Social Services provided by Rural Postmen in Sweden, General Directorate of Posts, Stockholm, 1985.

SWEDNER, Harold, Risks and Chances with Community Work in Local Politics, notes from the Aspudded Project in Stockholm (Mimeo), 1976.

Interplay between Social workers and Behavior at Scientists in Sweden, LUND, Sweden (Mimeo), 1978.
Community Work - the Ostergard Project (Mimeo), Malmo, Sweden, 1979.
The Fagersio Project, Stockholm (Mimeo), 1972.
Traits fondamentaux du Travail communautaire en Suède (Mimeo), July 1983.
Study Plan for graduate Studies in Social Work, University of Goteburg, Goteburg, 1984.
Social Work Research in Sweden, Université de Goteburg, Goteburg, Suède, 1981.

STATISTIQUES

Information from the Federation of Social Insurance Offices
- Growing in Sweden
- Work Injuries
- Parenthood
- Disabled 1980

"Organization Chart, Sickness and parental insurance, Pension insurance Allowances", 1985

Social Insurance Statistics Facts, The National Insurance Board, Stokholm, 1986.

Social Statistikk Social Statistics, 1981-82-82-83-84-85, Central Bureau of Statistics of Norway.

"The Cost and Financing of the Social Services in Sweden", issued by Statistics Sweden, Stockholm, Sweden.

Unit of Justice and Social Statistics, SCB 77-78-79-80-81-82-83-84-85 Statistics Sweden

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.